ROK VII WARSZAWA 1933 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

NOTATKI PRAKTYCZNE

Obraz kliniczny i leczenie zastrzału

Zebrał M. C.

Jednem ze schorzeń chirurgicznych o dużem znaczeniu praktycznem, a zaliczanem dotychczas jeszcze przez niektórych lekarzy niesłusznie do tak zwanej „małej chirurgji", jest zastrzał (panaritium).

Znaczenie tego cierpienie polega przedewszystkiem na groźnych dla chorego skutkach (do trwałego kalectwa włącznie) zbyt późnego rozpoznania zastrzału względnie niewłaściwego leczenia. Ale poza tem sprawa ta obchodzi i instytucje ubezpieczeń społecznych — czy to chorobowych (duże koszty długotrwałego leczenia w przypadkach zapuszczonych), czy też długoterminowych (renty inwalidzkie). Zrozumieli to już dawno chirurdzy, rozporządzający większem wyrobieniem klinicznem, przekonanie to jednak nie dotarło jeszcze w formie dostatecznie jaskrawej do szerokich sfer lekarzy na prowincji. Tem się tłumaczy fakt, że operacja zastrzału jest wykonywana tak często przez kolegów na prowincji, nie rozporządzających wystarczającem wyrobieniem chirurgicznem, wówczas kiedy w klinikach jest ona uważana za zabieg poważny, wykraczający znacznie poza ramy „małej chirurgji" i wykonywany z reguły przez starszych i doświadczonych asystentów. W ten sposób szlachetne skądinąd intencje, wypływające z dobrej woli lekarza na prowincji, pragnącego oszczędzić choremu podróży do miasta i pobytu w szpitalu, zostają przez życie skażone, gdyż chory ryzykuje przy tem sprawnością następową kończyny względnie życiem, a przesłany wreszcie z konieczności do szpitala zmuszony jest pozostawać tam nieraz przez długi szereg miesięcy. Powinny o tem pamiętać również i Kasy Chorych, które w trosce o zachowanie równowagi swego budżetu zmuszone są ograniczać kontygent ubezpieczonych, wysyłanych do szpitali.

Po tych ogólnych uwagach przechodzę

teraz do omówienia obrazu anatomopatologicznego i klinicznego zastrzału i głównych wytycznych jego leczenia.

Ropowicowe zapalenie tkanek w zakresie palców dłoni i stopy, mające swój punkt wyjścia zwykle w drobnych obrażeniach skóry tej okolicy — oto definicja anatomopatologiczna zastrzału. Dłoń jako organ chwytny człowieka, jest specjalnie narażona na urazy (zwłaszcza u służby domowej, i to przeważnie płci żeńskiej) i w następstwie tychże — na powstanie zastrzału. U personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskiego cierpienie to przebiega szczególnie złośliwie, gdyż punktem jego wyjścia jest przeważnie zakażenie palców drobnoustrojami, pochodzącemi od chorego, a więc o wzmożonej żywotności.

Zależnie od tego, jakie warstwy tkanek zostały tu objęte procesem ropnym, rozróżniamy: zastrzał podskórny (panaritium subcutaneum), ścięgnowy (p. tendinosum), kostny (p. osseum) i stawowy. Wszystkie te postacie zastrzału powstają i rozwijają się w olbrzymiej większości przypadków na dłoniowej stronie palców i dłoni, a to z następujących przyczyn. Tkanka podskórna jest tutaj — w przeciwieństwie do strony grzbietowej — bardzo słabo rozwinięta, a skóra jest nieruchoma i ściśle zespolona zapomocą włókien tkanki łącznej, przebiegających prostopadle, z powięzią dłoniową. Z tego też względu zakażenie z drobnych ranek, na które strona dłoniowa palców jest zawsze bardziej narażona od strony grzbietowej, zostaje przy ruchach wmasowane głębiej i daje łatwo początek zastrzałowi.

Drobnoustrojami, wywołującemi tutaj zapalenie, są najczęściej gronkowce i łańcuszkowce; w pierwszym przypadku ropa jest gęsta, śmietankowata, zielonkawa, w drugim — jest wodnista, żółtawa i cały przebieg kliniczny bywa naogół cięższy. Znacznie rzadziej przyczyną zapalenia są prątki tężca, błonicy i wąglika.

W obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwa się ból—samoistny i przy uciskaniu. Ból ten jest bardzo charakterystyczny, tętniący (synchroniczny z tętnem), nasilający się przy opuszczeniu ręki do dołu. Jest on uwarunkowany przez ucisk nagromadzonego tutaj w dużych ilościach wysięku na liczne zakończenia nerwowe. Wywołując ból zapomocą uciskania zgłębnikiem, można zupełnie dokładnie ustalić umiejscowienie głównego ogniska zastrzału, któremu będzie odpowiadała maksymalna bolesność uciskowa. Pewne wskazówki może tutaj dać również zdjęcie rentgenowskie, zwłaszcza jeśli istnieje podejrzenie co do obecności ciała obcego w ranie (kawałek igły, drzazga, kawałek szkła); szkło daje cień na ekranie tylko wtedy, kiedy zawiera większe ilości ołowiu. Obok bólu najwięcej zaznacza się w obrazie klinicznym unieruchomienie czynne palców w położeniu lekkiego zgięcia, uwarunkowane znacznem napięciem tkanek wskutek nagromadzenia się w małej przestrzeni (strona dłoniowa palców) dużej ilości wysięku, i bólem przy ruchach.

Podkreślić tutaj należy jeden fakt o dużem znaczeniu praktycznem: widoczny obrzęk na stronie grzbietowej palców i dłoni w przypadkach zastrzału jest zwykle bez porównania większy, niż obrzęk strony dłoniowej; tłumaczy się to tylko obfitością na stronie grzbietowej luźnej tkanki łącznej — w przeciwieństwie do strony dłoniowej, ale powoduje to nieraz mniej wyrobionych lekarzy do robienia nacięć na tej stronie, co jest naturalnie zwykle bezcelowe, gdyż ognisko ropne znajduje się tylko na stronie dłoniowej.

Zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych kończyny wikła przebieg kliniczny zastrzału względnie często, zwłaszcza na tle łańcuszkowcowem.

Jak już wyżej zaznaczyłem, zastrzał może obejmować różne warstwy palca i dłoni. I. Zastrzał podskórny przebiega naogół dobrotliwie i nie przedstawia nic charakterystycznego. Jeśli zostało wykonane w swoim czasie otwarcie ogniska ropnego, sprawa chorobowa szybko się uspakaja i następuje wyleczenie zupełne, bez jakichkolwiek następstw czynnościowych.

II. Inaczej się jednak przedstawia cała sprawa, jeśli zabieg nie został w porę wykonany i proces zapalny przeszedł per contiguitatem na powięź i pochewkę ścięgnową, dając jej ropne zapalenie, szybko obejmujące następowo całą pochewkę ze wszelkiemi jej uchyłkami.

Dla dobrego zrozumienia przebiegu klinicznego zastrzału ścięgnowego konieczną jest dokładna znajomość stosunków anatomicznych w zakresie pochewek ścięgno-

wych dla zginaczy palców i dłoni. Palce: II, III i IV znajdują się tutaj w zupełnie innych warunkach, niż palec I i V. Z palców środkowych *(patrz rys. Nr. 1)* każdy ma swoją oddzielną pochewkę, obejmującą ścięgna obu zginaczy, powierzchownego i głębokiego, na przestrzeni od podstawy końcowego paliczka do poprzecznej brózdy skórnej na dłoni. Pochewki te, nie komunikują się ani ze sobą, ani z pozostałemi



Rys. 1.
Przebieg pochewek ścięgnowych dla palców i dłoni.

pochewkami. Pochewka zaś dla palca V sięga dogłowowo aż poza poprzeczne więzadło napięstka (lig. carpi transversum) i komunikuje się szeroko z pochewką wspólną dla zginaczy palca II, III i IV w zakresie dłoni. Wreszcie pochewka dla palca V również sięga dalego poza więzadło poprzeczne napięstka a na przebiegu swym ściśle przylega do wyżej opisanej pochewki wspólnej, przyczem w pewnym procencie przypadków może się nawet komunikować z nią.

Jasnem jest wobec tego, że o ile w zakresie palców II, III i IV zastrzał ścięgnowy pozostaje zasadniczo cierpieniem ściśle umiejscowionem do jednego palca, to w przypadkach zajęcia I lub V palca — szerzy się aż na przedramię, a przez objęcie procesem ropnym pochewki dłoniowej wspólnej, może doprowadzić do obumarcia ścięgien zginaczy wszystkich palców i do następnych znacznych zaburzeń czynnościowych i zniekształceń (przykurczów). Dlatego też rokowanie w zastrzale ścięgnowym I lub V palca jest zawsze poważne i wczesny zabieg operacyjny jest tu szczególnie wskazany. Specjalną postać zastrzału dłoni stanowi tak zwany „zastrzał w kształcie litery V"; jego mechanizm chorobotwórczy jest następujący: proces ropny z pochewki palca I przechodzi na pochewkę dłoniową i stąd na pochewkę palca V, lub odwrotnie. Objęte są tutaj procesem zapalnym: palec I i V i pochewka wspólna, wolne są — palce II, III i IV.

W obrazie klinicznym zastrzału ścięgnowego zaznaczają się przedewszystkiem: obrzmienie wzdłuż pochewki (przeważa jednak obrzmienie po stronie grzbietowej palca i dłoni), wybitna bolesność uciskowa i przykurcz odnośnego palca w zgięciu. Stan ogólny chorych bywa wyraźnie zakłó-

cony. Pod wpływem procesu ropnego ścięgno względnie łatwo obumiera, ale następowe odgraniczanie się tkanki żywej (demarkacja) odbywa się — ze względu na ubogie unaczynienie ścięgna — bardzo powoli, miesiącami. Nawet w tych przypadkach, w których nie doszło do obumarcia ścięgna, następują z reguły rozległe jego zrosty z wewnętrzną ścianą pochewki i następowe przykurcze trwałe, wymagające wtórnych zabiegów plastycznych.

Zastrzał ścięgnowy jest najczęstszą i najgroźniejszą postacią zastrzału w zakresie dłoni i palców, gdyż w ogromnej większości przypadków doprowadza do znacznego i trwałego upośledzenia czynności kończyny i zmusza częstokroć — dla ratowania jej sprawności—do odjęcia danego palca. A ponieważ nowoczesnym metodom leczniczym tylko częściowo udaje się poprawić wyniki powyższe, więc siłą rzeczy punkt ciężkości całego zagadnienia przesuwa się zdecydowanie w kierunku wczesnego rozpoznawania i operowania zastrzału.

III. Zastrzał kostny powstaje najczęściej w sposób następujący: proces ropny z pochewki przechodzi na okostną, unosi ją ku górze, ropa gromadzi się między okostną i powierzchnią kości, która, będąc w ten sposób wyłączona z krążenia krwionośnego, obumiera. Może dojść tu również do zapalenia szpiku kostnego i powstawania martwaków na drodze bezpośredniej — przy obecności rany, drążącej aż do kości, zwłaszcza jeśli pozostało tu przy tem ciało obce.

Klinicznie zaznaczają się przedewszystkiem bardzo silne bóle miejscowe, zaostrzające się w nocy (dolores osteocopi). Te nocne nasilania się bólów tłumaczą się tem, że w dzień uwagę chorego odciągają od jego choroby liczne zdarzenia codziennego życia, w nocy zaś cała uwaga chorego zostaje skierowana na jego dolegliwości. Cały palec jest równomiernie obrzmiały i obrzmienie to dochodzi do znacznych rozmiarów. Bolesność uciskowa jest tutaj wybitnie zaznaczona.

O umiejscowieniu i rozmiarach ogniska kostnego informuje zupełnie dokładnie zdjęcie rentgenowskie palca. Paliczek może obumrzeć w całości lub tylko częściowo. Okostna posiada tutaj taką siłę plastyczną, że nawet po całkowitem usunięciu obumarłego paliczka może dojść do jego odtworzenia się.

IV. Zastrzał stawowy dotyczy najczęściej stawów między podstawowym i środkowym paliczkiem lub — między środkowym i końcowym. Towarzyszy mu okrężne obrzmienie okolicy stawu. Szybko dochodzi tutaj do obumarcia i oddzielenia się chrząstek stawowych(słychać tarcie kostne przy wykonywaniu ruchów bocznych w stawie), względnie do przejścia procesu zapalnego na kość paliczka.

Rozpoznanie zastrzału nie przedstawia naogół większych trudności. W niektórych przypadkach różniczkować należy z czyrakiem i zanokcicą. Czyrak czyli zapalenie mieszka włosowego (folliculitis et perifolliculitis) występuje wyłącznie na stronie grzbietowej palców i kiści (tu, gdzie rosną włosy); na szczycie guzka zapalnego widać zawsze sterczący kawałek włosa.

Zanokcica zwykle zaczyna się jako zapalenie rowka i fałdu dookoła paznokciowego, paronychia (drobne obrażenia przy zabiegach kosmetycznych, ciała obce), które następnie przechodzi na samo łoże paznokciowe, onychia; i jedno i drugie może w pewnych okolicznościach nasilić się do stanu ropowicowego (panaritium subunguale). Klinicznie stwierdza się tu zaczerwienienie i obrzmienie wału dookołapaznokciowego i wypływ ropy z rowka dookołapaznokciowego; ropa może się gromadzić pod paznokciem, spowodować jego odwarstwienie i, wreszcie, obumarcie. Szczególną postać zanokcicy przedstawia tak zwany „wrastający paznokieć", unguis incarnatus; cierpienie to dotyczy zwykle dużego palca u stopy, na którym stan zapalny rowka i fałdu dookołapaznokciowego doprowadza do nadmiernego bujania ziarniny, obrastającej paznokieć z jednej strony. Użyta tutaj nazwa jest niewłaściwa, gdyż nie paznokieć w przypadkach tych wrasta pod fałd paznokciowy, a ziarnina, bujającą z rowka i fałdu, obrasta paznokieć. Przyczyną tego cierpienia jest wgniatanie paznokcia pod fałd paznokciowy przez ciasny, wąski trzewik, zaokrąglanie rogów paznokcia przy obcinaniu. Przy tej sposobności przestrzec należy przed zbyt pohopnem usuwaniem paznokci „wrastających" u starszych osób, zwłaszcza jeżeli chodzi o palce środkowe. Często jest to początkująca zgorzel, a wcale nie wrastający paznokieć.

Leczenie zastrzału jest — trzeba to sobie wyraźnie powiedzieć — prawie wyłącznie operacyjnie, przyczem operacja powinna tutaj być wykonana możliwie wcześnie, gdyż opóźnienie w wykonaniu zabiegu choćby o parę dni już może sprowadzić nieobliczalne poprostu następstwa.

Operację taką wykonuje się z reguły w uśpieniu ogólnem i po nałożeniu opaski uciskającej na górną część ramienia. Tylko w wyjątkowych przypadkach, w których ognisko zastrzału jest ściśle ograniczone do końcowego paliczka, można zastosować znieczulenie przewodowe. Znieczulenie naciekowe miejscowe nie nadaje się ze względu na możność wszczepienia wgłąb. Popularne „zamrażanie" należy kategorycznie odrzucić jako szkodliwe i nie prowadzące do celu. Sztuczne niedokrwienie kończyny przez nałożenie opaski uciskającej konieczne jest do tego, żeby móc dokładnie ocenić różne zmiany chorobowe w tkankach i zorjentować się w stosunkach anatomicznych. Jedną z wytycznych zasad przy operacji jest możliwie doszczętne wycięcie wszelkich obumarłych tkanek, co jest prawie niemożliwe do przeprowadzenia, jeśli rana jest stale zalewana krwią. Niejeden przypadek zastrzału, w którym musiano dokonać szeregu następowych operacyj, mógłby być wyleczony już po pierwszej operacji, gdyby dokonano jej w uśpieniu ogólnem i w sztucznem niedokrwieniu kończyny.

Co się tyczy techniki prowadzenia cięć, to obowiązują tutaj następujące wskazówki: *(patrz rys. 2)* na opuszce palca wykonuje się cięcie podkowiaste, stroną wklęsłą zwrócone dogłowowo, przechodzące na 3—5 mm od brzegu paznokcia; na pozostałych paliczkach prowadzi się cięcia podłużne, zawsze na dłoniowo-bocznej powierzchni palca, aby nie przylegały bezpośrednio do pochewki ścięgien, okolice fałdów międzypaliczkowych możliwie oszczędza się; w razie potrzeby wykonuje się szereg cięć na bocznych powierzchniach palca, ale nigdy nie prowadzi się jednego cięcia długiego. Wszystkie ogniska ropne musza być możliwie szeroko otwarte, a wszelkie obumierające i obumarłe tkanki możliwie doszczętnie wycięte. Rany sączkuje się paskami gazy lub cieniutkiemi sączkami gumowemi, nigdy jednak nie przeprowadzając sączków z jednej rany do drugiej, pod mostkami skórnemi, zwłaszcza w pobliżu ścięgien i ich pochewek. Paski gazy można posmarować borną wazeliną aby zmniejszyć ból przy zmianie sączków w czasie pierwszego opatrunku.



Rys. 2.
Przebieg linij cięć skórnych (kropkowane) w zastrzałach palców i dłoni.

W przypadkach zastrzału ścięgnowego prowadzi się liczne cięcia wzdłuż przebiegu całej zmienionej chorobowo pochewki, zawsze nieco z boku od przebiegu samego ścięgna. Jeśli po otwarciu pochewki znajdujemy ścięgno częściowo obumarłe, to część obumarłą usuwamy doszczętnie; jeśli zaś ścięgno wykazuje prawidłowy połysk, to sączkujemy ranę gazą, posmarowaną waseliną (żeby uniknąć wysychania ścięgna). Jeśli natrafimy na ścięgno całkowicie obumarłe, zielone, rozpadające się, to z jednego długiego cięcia, sięgającego na dłoń, wycinamy całą zmienioną część ścięgna. W tym ostatnim przypadku należy się przytem zastanowić, czy nie będzie celowem odjąć jednocześnie cały palec, pozbawiony swojej funkcji; zesztywnienie np. drugiego, trzeciego lub czwartego palca sprowadza znaczne zaburzenie czynności chwytnej dłoni, a wczesne odjęcie chorego palca skraca wybitnie okres leczenia i unieruchomienia dłoni, co jest połączone z dużą korzyścią dla czynności pozostałych palców. Co się zaś tyczy dużego palca, który odgrywa taką dużą rolę przy chwytaniu i trzy-

maniu przedmiotów, to tu wskazana będzie metoda bardziej zachowawcza, gdyż każdy centymetr tego palca, względnie zachowanie tego palca nawet zupełnie zesztywniałego posiada duże znaczenie dla sprawności kończyny. Pamiętać jedynie należy podczas leczenia aby w razie zesztywnienia nastąpiło ono w przeciwstawieniu kciuka.

W przypadkach zastrzału kostnego względnie stawowego cięcie prowadzi się jak wyżej, po odsłonięciu zaś kości paliczka usuwa się ostrą łyżką zmienione części kostne ewentualnie cały paliczek, lub też — jeśli stwierdzimy jedynie ropień podokostnowy, kość zaś większych zmian nie wykazuje — przyjmujemy taktykę wyczekującą i ograniczamy się do sączkowania rany. Ropniaki stawów otwieramy szeroko od strony grzbietowej, ale sączków tutaj nie pozostawiamy. Jeśli już doszło jednak do obumarcia chrząstki stawowej, wówczas wycinamy obie nasady lub odejmujemy cały palec. Po wyłuszczeniu czy to pierwotnem, czy też wtórnem palca u nasady, wycinamy jednocześnie główkę odnośnej kości śródręcza—ze względów kosmetycznych. Jednakże u ludzi pracujących fizycznie przy pomocy dłoni (rękodzielników) lepiej jest zachować w całości kości śródręcza, gdyż w ten sposób zabezpiecza się im większą powierzchnię chwytną dłoni.

Po operacji i po nałożeniu opatrunku unieruchamia się przedramię dłoń i palec względnie palce chore. J u ż p o p i e r w s z y m o p a t r u n k u należy rozpocząć ruchy bierne, zdrowych palców, a później i czynne. Pierwszy opatrunek robi się zwykle drugiego lub trzeciego dnia, przyczem przed wyjęciem sączków chory moczy kończynę w roztworze wodnym mydła lub lyzoformu. Następnie moczenie kończyny w ciepłej wodzie (30—45 minut) odbywa się co drugi dzień, dopóki rana nie oczyści się całkowicie, kiedy rana pokryje się na całej przestrzeni zdrową ziarniną, opatrunek unieruchamiający odrzuca się ostatecznie i chory rozpoczyna bardziej intensywne ruchy czynne i bierne. Po zupełnem zagojeniu się ran — miesienie, gorące kąpiele i intensywna gimnastyka lecznicza. Ostateczny wynik leczenia i sprawność kończyny będą tu zależały zawsze nie tylko od cierpliwości lekarza, ale przedewszystkiem od wytrwałości, dobrej woli i szczerej chęci wyzdrowienia (zwłaszcza u ubezpieczonych) chorego.

Rzeżączka u dziewczynek

PODAŁA

DR. ZOFJA JASTRZĘBSKA.

Streszczenie zbiorowe i poglądowe.

Zakażenie dziewczynek może być spowodowane już w czasie porodu skutkiem przejścia płodu przez zakażone śluzówki dróg rodnych i wkrótce potem przez zanieczyszczenie bielizny gąbek i t. p. Najczęstszym sposobem zakażenia jest spanie dzieci z matką lub ojcem, przyczem nie konieczne jest bezpośrednie przeniesienie się materjału zakażonego. Zakażenie i tu również następuje zapomocą bielizny, ręczników, naczyń, ustępów, kąpieli w jednej wodzie. Znany jest fakt zakażenia się 15-tu dzieci we wspólnej kąpieli przez wspólne używanie prześcieradeł kąpielowych. O podobnej endemji donosi *Sheffield* (o zakażeniu 65 kąpiących się we wspólnych wannach dzieci). W Anglji doniesiono w ostatnich latach o zakażeniu dzieci skutkiem panującego tam przesądu, że zakażony wenerycznie wyleczy się o ile schorzałym organem dotknie genitalji dziecka. Rzadkie są przypadki zakażenia przy zgwałceniu, częste natomiast przez czyny lubieżne — i to winowajca najczęściej bywa członkiem rodziny lub należy do służby.

Rzeżączka u dziewczynek nie jest jedynie schorzeniem miejscowem, ograniczającem się do sromu i pochwy. Jest to zakażenie, które może zająć równocześnie cewkę, rectum, a nawet szyjkę macicy i przydatki.

Stwierdzenie obecności gonokoków u dziewczynek jest dosyć łatwe; jeżeli się to nie udaje, bywa to często skutkiem niedawnego oddania moczu przed badaniem lub oddaniem moczu w czasie badania, niespokojnego zachowania się dzieci. Należy zwracać uwagę, tak zresztą, jak i w przypadkach badania kobiet, aby namazy wykonywać nie bezpośrednio po oddaniu moczu, nie tylko z pochwy lecz i z cewki, o ile potrzeba i z rectum. Badanie rodziców w tych razach jest zawsze konieczne.

Ostra rzeżączka u dziewczynek daje dosyć gwałtowne objawy z obfitą wydzieliną ropną, bólami przy oddawaniu moczu, pieczeniem i kłuciem. Oddawanie moczu jest częste, bardzo łatwo przychodzi do zmian zapalnych na skórze w otoczeniu sromu. Dzieci stają się blade, mizerne, tracą apetyt i ochotę do zabawy. W niektórych przypadkach ciepłota podnosi się w ciągu kilku dni nawet do 38,5°. Zewnętrzne części dróg moczopłciowych są silnie zaczerwienione, wargi sromowe obrzękłe, pokryte zasychającą gęstą ropą. Na wewnętrznych powierzchniach warg sromowych większych i na wargach mniejszych często widzimy nadżerki, niekiedy kłykciny kończyste. Po rozchyleniu bolesnych zwykle warg widać łechtaczkę silnie obrzękłą i mocno zaczerwienione wejście do pochwy. O ile ropa nie wydobywa się z pochwy to już lekki ucisk per rectum powoduje wydostanie się jej. Proces zapalny zaczyna się zwykle na zewnętrznych częściach i w pochwie, następowo wkracza do cewki; rzadkie są przypadki, w których cewka bywa niezajęta. Nigdy nie spostrzegano zajęcia jedynie samej cewki. Czy pęcherz bierze udział w procesie zapalnym — jest kwestją sporną i trudną do rozstrzygnięcia. Należy zwrócić uwagę i u dzieci na gruczoły parauretralne i Bartholiniego. U dziewczynek dzięki delikatności nabłonka śluzówki spotykamy się z rzeczywistym obrazem zapalenia śluzówki pochwy (vaginitis), należy zwrócić baczną uwagę na stan błony dziewiczej, która może niejednokrotnie utrudniać odpływ ropy z pochwy. Śluzówka pochwy zajęta bywa aż do sklepień, wykazuje liczne nadżerki i pokryta jest silnie przylegającą ropą. Udział szyjki w schorzeniu dla niektórych autorów jest jeszcze sporny. Badania w tym kierunku są b. utrudnione.

Macica i przydatki: jak wykazali niektórzy autorzy na żywym materjale i na sekcjach w małej ilości przypadków biorą udział w schorzeniu. Ascensja zakażenia

odbywa się wśród o wiele łagodniejszych objawów niż u dorosłych; rzadko obserwujemy podrażnienia otrzewnej, o czem trzeba zawsze pamiętać ze względu na ewentualny zapalny stan wyrostka.

Odbytnica: według dawniejszych zestawień zajęta była około 3 — 5% według nowszych 55 — 73%. Znaczna ilość pozytywniejszych badań na gonokoki uzyskuje się przez robienie namazów z treści wypłukiwanej z kiszki. W przeciwieństwie do *Stumpke'go* i innych *Langer* uważa, że gonokoki znajdują się nietylko jako saprofity w odbytnicy, lecz, że wywołują tam sprawy zapalne, co potwierdza się obecnością licznych leukocytów i nieznacznych wprawdzie lecz wyraźnych zmian śluzówki, jak obrzmienie, zaczerwienienie, łatwość krwawienia; głębokie owrzodzenia rzadko bywały opisywane. Uderzającem jest, że rzeżączka odbytnicy klinicznie nie daje prawie żadnych dolegliwości oprócz niekiedy pieczenia i swędzenia w odbycie. Ważnem jest zwrócenie uwagi rodziców i pielęgniarek na wygląd kału, w którym widać niekiedy ropę i śluz — i to może być jedynym objawem zajęcia odbytnicy. Należy zawsze jednak wykluczyć obecność oxyuris, gdyż i te mogą powodować większe skupienia leukocytów.

Inne objawy: jak zajęcia stawów, zajęcia skóry i sepsis rzadko zdarzają się u dzieci — o ile się pojawiają nie różnią się niczem od przebiegu tych spraw u dorosłych.

Przebieg i rokowanie.

Przebieg rzeżączki u dziewczynek podobny jest jak u kobiet. *Langer* żadną miarą nie może się zgodzić z dawniejszymi autorami, którzy przypuszczają możliwość wyleczenia rzeżączki w krótkim czasie, gdyż schorzenie to jest wybitnie przewlekłe i skłonne do nawrotów. O tem powinien wiedzieć nietylko lekarz, lecz przedewszystkiem rodzice i opiekunowie. Pomijając ciężkie powikłania w 2—3 tygodniu schorzenie przybiera charakter przewlekłego, dolegliwości ustępują, ilość wydzieliny ropnej, zwłaszcze w przypadkach leczonych zmniejsza się, gonokoki znikają szybko z zewnętrznych części — ze sromu, utrzymują się natomiast dłużej w cewce i pochwie. Ale gdy i z tych miejsc znikną należy pamiętać, że nawrót prawie zawsze pojawia się czy to skutkiem wydostania się bakterji z przewodów parauretralnych czy to z przewodów gruczołów Bartholiniego, które podobno w 1/3 przypadków są zajęte (według *Fischera*). Niektórzy nie przywiązują tak wielkiej wagi do gruczołów Bartholiniego, które ich zdaniem — rzadko bywają u dzieci zajęte. Sądzą oni, że — ważniejszym powodem nawrotów jest utrzymywanie się zakażenia w szyjce. Do dziś dnia również bardzo sporną jest kwestja wyjścia nawrotów z odbytnicy. Zdaniem *Langera* to przypuszczenie jest bliższe prawdy niż recydywy z gruczołów Bartholiniego, zwłaszcza że u dzieci o zanieczyszczenie kałem sromu jest bardzo łatwo. Autor podaje szemat kontrolowania przypuszczalnie wyleczonych dzieci: Wykonywanie początkowo 2 razy w tyg. następnie raz na tydzień namazów we wszystkich ulegających zakażeniu, a dostępnych organów w ilości 10—15 co trwa około 4—5 miesięcy. Następnie po zaprzestaniu leczenia na okres dwutygodniowy powtarzamy namazy w 2—4 tygodniowych odstępach. O ile i te w ilości 3—4 są ujemne, przypuszczamy, że proces chorobowy został wyleczony, kontrolujemy jednak dziecko jeszcze w przeciągu 1/2 roku. Wskazane jest niedopuszczanie dzieci z gonokokami do szkoły. W przeważnej liczbie przypadków rzeżączka nie wywiera ujemnego wpływu na dalszą czynność aparatu moczopłciowego. Schorzenie pomimo, że utrzymuje się lata, ma wyraźną tendencję do wyleczenia i ustępuje nawet samoistnie w okresie pokwitania. Nie wszyscy są tych samych zapatrywań. *Kjellberg* wykazał u 37% kobiet dorosłych, które w dzieciństwie przeszły rzeżączkę, szereg zaburzeń w miesiączkowaniu, niedorozwój macicy, zwężenia pochwy, niepłodność i jego zdaniem rzeżączka niewątpliwie może wywrzeć wpływ na dalszą czynność organów rodnych. Zestawienie to podlega pewnej krytyce, gdyż autor nie udowodnił dostatecznie, że właśnie przebyta rzeżączka jest powodem tych zaburzeń.

Leczenie: podobne jest jak w rzeżączce u kobiet. W przypadkach gwałtownie przebiegających ze znacznemi zmianami wypryskowemi na skórze zaleca się leżenie w łóżku, okłady z 1% resorcyny lub z kwasu bornego, nasiadówki z calium hyp. 1/4000 lub zincum sulf. nakoniec należy zastosować środki dezynfekujące mocz. Po przejściu objawów gwałtownych leczenie polega tak jak i u kobiet na wstrzykiwaniu do cewki roztworów srebra i wykony-

waniu przepłukiwań sromu, pochwy i kiszki, przyczem do przepłukiwania kiszki należy do preparatów srebrowych dodawać płynne tłuszcze. Niektórzy polecają także smarowanie sromu 1% maścią prorgolową lub ichtjolową. Inni zalecają zasypywanie sromu i wdmuchiwanie do pochwy zasypki, zawierającej pewną domieszkę cholevalu lub prorgolu. *Langer* zwraca uwagę, że ten sposób leczenia trudno albo wcale nie jest znoszony przez dzieci. Nigdy nie usiłujemy przedostać się środkiem leczniczym do szyjki, można jedynie wykonać zwilżanie szyjki 1% arg. nitr. lub zakładanie tamponów z 10% ichtjolem w glicerynie. Przecinanie błony dziewiczej uważa autor za zbyteczne.

Leczenie szczepionkami lub niespecyficznemi środkami pobudzającemi, zdaniem szkoły niemieckiej, nie daje żadnych wyników i te sposoby nadają się jedynie do t. zw. prowokacji. Przeciwnie *Janet*, a z nim i inni uważa stosowanie szczepionek w rzeżączce dzieci za wskazane. Powszechnie przestrzegają przed leczeniem gorącemi kąpielami, gdyż są trudne do zniesienia, nie dają dobrych wyników leczniczych, a tak u dorosłych jak i u dzieci mogą wywołać niepożądane powikłania.

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.
REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY WE WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY
NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH



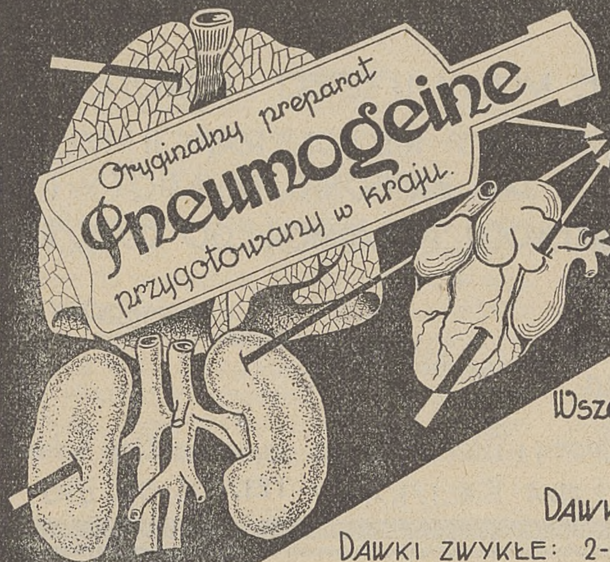
ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU
NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA
ZAPARCIE NAWYKOWE

DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel

PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY

SKŁAD GŁÓWNY
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



Wskazania:

Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.
Wszelkie wskazania terapji jodowej.

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.
DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ. i POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.
DAWKA DLA DZIECI — STOSOWNIE DO WIEKU.

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI · Warszawa Kaliska 9, tel. 924-39 i 930-42 Próby i literatura na żądanie Wpp. Lekarzy.

Wyrób waty ze lnu, jako surowca krajowego.

Kurczący się z roku na rok, niemal z miesiąca na miesiąc, eksport naszych produktów rolnych i wytworów przemysłowych, siłą rzeczy zmusza nasze czynniki tak rządowe, jak i społeczne do samowystarczalności gospodarczej kraju t. j. do zastępowania wyrobów importowych, wyrobami krajowemi, gdyż trudno pozwalać sobie na przywóz obcych towarów, za które trzeba płacić obcą walutą lub złotem, gdy tych walut nie otrzymuje się w dostatecznej ilości za eksportowane wytwory własne.

Ponieważ jednym z poważnych artykułów, i to pierwszej potrzeby, w dużej ilości importowanym z zagranicy jest bawełna, powstało zagadnienie zastąpienia jej gdzie to się tylko da produktem krajowym. — Produktem takim, który już od pewnego czasu skutecznie wypiera bawełnę, szczególniej w przędzalnictwie i tkaninach różnego rodzaju jest l e n.

Tkaniny l n i a n e, aczkolwiek nieco droższe od bawełnianych lecz za to znacznie trwalsze, znajdują coraz szersze zastosowanie i chętnie przez wojskowe instytucje, szpitalnictwo i publiczność są kupowane zamiast bawełnianych.

O ile jednak zastąpienie bawełny lnem, jako surowcem do wyrobu tkanin, nie napotkało większych trudności, gdyż wyrób tkanin lnianych był znany od najdawniejszych czasów, o tyle zastąpienie bawełny lnem, jako surowcem do wyrobu waty leczniczej napotkało na przeszkody, ze względu na to, że dotychczas jeszcze nikt waty ze lnu nie produkował, ani nie czynił w tym kierunku prób, jako kosztownych i dość trudnych, a nie wywołanych koniecznością życiową.

Dopiero w dobie przeżywanego kryzysu, mając na uwadze popieranie własnego rolnictwa i uniezależnienie się na wypadek wojny od surowców zagranicznych Ministerstwo Spraw Wojskowych wystąpiło z inicjatywą poczynienia prób nad wyrobem waty leczniczej ze lnu.

Na apel Ministerstwa Spraw Wojskowych, skierowany do wszystkich poważniejszych fabryk waty — piersza i narazie jedyna wyprodukowała watę ze l n u Fabryka waty „VALETUDO" w Zapolu pod Grodziskiem Mazowieckim, własność Zrzeszenia Samorządów Powiatowych, mającego swą siedzibę w Warszawie przy ul. Dobrej Nr. 28.

Wyprodukowana przez Fabrykę „VaLETUDO" wata ze l n u tak hygroskopijna jak i szpitalna szara niczem nie różnią się od dotychczas produkowanej waty z bawełny — jest wybitnie hygroskopijna i jako dobry przewodnik ciepła działa chłodząco na rany, a i ceną jest na poziomie tej ostatniej w gatunku dotychczas używanym t. zw. „Superior".

Aczkolwiek przepisy obowiązującej farmakopei, wymagaja aby wata hygroskopijna do celów leczniczych była przygotowaną z bawełny, to jednak wobec wyprodukowania przez Fabrykę „Valetudo" w a t y z e l n u, Ministerstwo Opieki Społecznej — Departament Służby Zdrowia, okólnikiem z dnia 24 września 1932 r. L. Z. F. 33/42/1 do p. p. Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy zezwoliło na zastąpienie hygroskopijnej waty bawełnianej takąż watą ze l n u.

Obecnie przeto, gdy została wyprodukowaną wata z surowca krajowego, jak również usunięte zostały przeszkody natury formalnej w stosowaniu jej do celów leczniczych, oczekiwać należy, że Świat Lekarski, mając na uwadze dobro publiczne i wysoką wartość produktu krajowego, zaczną go wszechstronnie stosować.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zaburzenia wątrobowe u chorych gruźliczych leczonych solami złota. (Les troubles hépatiques chez les tuberculeux pulmonaires traités par les sels d'or). Dumarest, Leboeuf, Thiers et Mollard.

Paris Médical. 1933, N. 2.

Już w samym początku stosowania soli złota u chorych z gruźlicą płuc, spostrzegano, że w czasie leczenia występuje u nich żółtaczka. Dzisiaj jeszcze, mówiąc o różnych powikłaniach, które pociągają za sobą sole złota, zwraca się głównie uwagę na powikłania skórne, nerkowe, objawy ze strony przewodu pokarmowego i t. d., a małe znaczenie przypisuje się zaburzeniom wątrobowym, na które jednak zdawały się wskazywać żółtaczki pierwotnie spostrzegane. Objawy takie jak zaburzenia apetytu, rozwolnienia, nudności mogą być spowodowane uszkodzeniem czynności wątroby nawet w tych przypadkach, w których badania laboratoryjne tego uszkodzenia nie wykrywają. Prawdopodobnie dotychczasowe ujemne wyniki badań laboratoryjnych przyczyniły się do tego, iż tak mało zwraca się uwagi na zaburzenia czynności wątroby, jako przyczyny przypadłości przykrych, występujących w czasie leczenia złotem, pomimo iż już dawno wiadomo jest, że wszelkie nawet czynnościowe zaburzenia wątroby zdają się być względnie częste przy stosowaniu soli złota, i naodwrót autorzy nie przypuszczają, żeby przebyte zaburzenia wątroby wykluczały w zupełności ten sposób leczenia. Gruźlików płucnych można podzielić na dwie grupy w zależności od zachowania się ich wątroby. U jednych, u których proces płucny postępuje aż do śmierci, zjawiają się objawy niewydolności wątroby i stwierdza się anatomopatologicznie jej uszkodzenia. Niewydolność wątroby jest w tych przypadkach zrozumiała, gdyż wątroba spełnia czynność podwójną usuwania laseczników Kocha i odpadków przemiany materji szczególnie żywej w tych stanach, w których wątroba bywa powiększona, bolesna, a badania laboratoryjne dają częste wyniki dodatnie. W innych przypadkach przebieg gruźlicy płuc jest zmienny, trwa latami z następującemi po sobie pogorszeniami i poprawami. Towarzyszą temu procesowi nieznaczne objawy ze strony wątroby, które nie pogarszają cierpienia płucnego podobnie jak nieznaczna marskość wątroby na tle alkoholizmu idzie często w parze z łagodnym przebiegiem gruźlicy, podczas kiedy zwyrodnienie komórki wątrobowej i marskość wątroby są przyczyną pogorszenia cierpienia płucnego. Wydzielanie wprowadzonych do ustroju soli złota odbywa się drogą moczu i kału, część jednak złota zostaje zatrzymana w różnych narządach, w pierwszej jednak linji największe ilości złota gromadzą się w mięśniach i w wątrobie. Doświadczenia wykonane na zwierzętach wykazały, że wątroba gruźlicza zatrzymuje trzy, cztery razy tyle złota co wątroba zdrowa. Z pośród objawów, wywołanych solami złota, najbardziej uderzającym jest żółtaczka, jednakże jest ona względnie rzadka. Uderzającem jest także, że wystąpienie żółtaczki jest niezależne od zastosowania dawki złota, wystąpić ona może tak po dawkach dużych, jak i po dawkach małych. Żółtaczki późne, występujące już po zastosowaniu większych dawek złota, mają prawdopodobnie charakter toksyczny, podczas kiedy żółtaczki wczesne, występujące w początku leczenia po małych dawkach są raczej wynikiem uczulenia. W tych przypadkach po przejściu żółtaczki stosowali niektórzy autorzy ponownie leczenie złotem, nie spostrzegając ponownej żółtaczki. Opisywano przypadki ciężkiej żółtaczki w przebiegu leczenia złotem zakończone u dwóch chorych śmiercią, jednakże ci dwaj chorzy mieli w przeszłości zaburzenia wątrobowe, na które lekarz nie zwrócił należytej uwagi. Częściej od żółtaczki występują w przebiegu leczenia solami złota zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wynoszą one przy stosowaniu zawiesin złota w oliwie około 14,88%. Zjawić się one mogą w każdej chwili leczenia, ale są szczególnie częste ku jego końcowi, gdy ustrój zmagazynował już pewien zapas soli złota. Kilka godzin po wstrzyknięciu chorzy skarżą się na uczucie ciężaru, nudności, gorycz w ustach oraz nieokreślone bóle w dołku podsercowym i w prawem podżebrzu. Chorzy są osłabieni, czasami występują rozwolnienia na zmianę z zaparciem. I te zaburzenia spostrzegano oddawna i niektórzy autorzy, między innemi *Piery*, uważają, że są one pochodzenia wątrobowego. Z tego też względu lekarz powinien zwracać szczególną uwagę na wątrobę chorych i badać ją tak dokładnie, jak bada płuca. Czasami u tych chorych występuje lekkie podżółtaczkowe zabarwienie skóry, pewna skłonność do krwawień, ranne wymioty żółciowe. Badania laboratoryjne dają i w tych przypadkach wynik ujemny, jednakże stany te mają się poprawiać przy leczeniu żółciopędnem. Podobny wynik leczniczy przemawia najlepiej za pochodzeniem wątrobowem tych objawów. Niektórzy autorzy przypuszczając, że zaburzenia wątrobowe spowodowane są niedomogą wątroby, łączą ze stosowaniem soli złota równoczesne podawanie wyciągów wątrobowych, zapobiegając jakoby tą drogą występowaniu opisanych powikłań. Pewne powikłania skórne, do których w szczególności należą objawy purpury i krwawienia są wywołane również zaburzeniami czynności wątroby. Autorzy starali się podnieść tolerancję chorych w przebiegu leczenia złotem, podając im od 50—100 gr. glukozy dziennie. Przy tem postępowaniu istotnie pojawiały się tylko bardzo nieznaczne objawy skórne i chorzy nie mieli i innych powikłań. Autorzy omawiają na szeregu przykładów objawy chorych, u których w przebiegu leczenia sanocrysiną, allochrysiną, solganalem występowały opisane już dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Wszystkie te powikłania tak ze strony przewodu pokarmowego, jak i wątroby

ustąpiły z chwilą podania chorym wyciągów wątroby. U niektórych chorych (2 osoby) podjęto na nowo leczenie złotem, które podawano jednak rzadziej, łącząc leczenie złotem z postępowaniem żółciopędnem. Wynikiem takiej ostrożnej techniki leczniczej była wybitna poprawa stanu płuc i zupełne ustąpienie objawów wątrobowych. U innych chorych, u których w wywiadach stwierdzono wyraźne zaburzenia wątrobowe po zastosowaniu preparatu złota wystąpiły objawy cięższe ze strony wątroby, którym towarzyszyło pogorszenie sprawy płucnej. Wynika z tego, że w przypadkach cięższych spraw wątrobowych, toczących się w chwili obecnej albo w przeszłości, należy unikać leczenia złotem. Natomiast w przypadkach, w których zaburzenia ze strony wątroby są bardzo nieznaczne albo występują w początku leczenia złotem tylko w postaci nieznacznych objawów dyspeptycznych można podawać złoto w sposób bardzo ostrożny, stosując równocześnie pewne środki ostrożności. Te ostatnie polegają na łączeniu leczenia złotem z równoczesnem podawaniem środków żółciopędnych, wyciągów wątroby, a wreszcie glukozy chemicznie czystej. Ponadto we wszystkich powikłaniach, będących wyrazem nietolerancji ustroju w stosunku do złota powinno się zastosować wspomniane leczenie wątrobowe, co równocześnie pozwoli wyjaśnić, czy istotnie przyczyną powikłań są zaburzenia czynności wątroby.

Objawy niestałości ciśnienia, napady sercowe i nadwrażliwość. (Les syndromes d'instabilité tensionelle, crises cardiaques et anaphylaxie). A. D u m a s.

Journal de Medicine de Lyon. Nr. 305. 1932.

Objawy niestałości ciśnienia występują w postaci zmiennej w zależności od przyczyn często nieznanych i nawet niezauważonych w stanach nadciśnienia tętniczego lub też przy prawidłowem ciśnieniu na skutek zaburzenia równowagi wagosympatycznej albo też przy zmianach ciśnienia średniego. Objawy te są następstwem nagłego podwyższenia albo obniżenia ciśnienia, i są zależne od poziomu poprzedniego ciśnienia. W przebiegu nadciśnienia tętniczego przy warunkach niekorzystnych, pracy, wzruszeniu i t. d. , ciśnienie skurczowe podnosi się czasami o 3—4 cm. Hg., a opada przy wypoczynku. To przejściowe podwyższenie nadciśnienia, ustępujące dość szybko, nazwał *Vaquez* nadciśnieniem zbytku. Ten rodzaj zmiany ciśnienia dotyczy głównie ciśnienia skurczowego, w mniejszym stopniu ciśnienia rozkurczowego, ciśnienie średnie się naogół nie zmienia. Należy jednak rozróżnić od tych prostych wahań ciśnienia skurczowego, wahania poważniejsze, mogące pociągnąć za sobą następstwa cięższe i które wtedy zaznaczają się nietylko na ciśnieniu skurczowem, ale i na ciśnieniu rozkurczowem a szczególnie na ciśnieniu średniem. W pewnych stanach nadciśnienia średniego stopnia, nie osiągającego bardzo wysokiego poziomu, naogół dobrze znoszonego przez chorych, którzy dzięki dobremu samopoczuciu chętni są do pracy, występują czasami nagłe podwyższenia ciśnienia średniego, pociągające za sobą zmiany ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Wahania ciśnienia tego typu mają czasami bardzo poważne następstwa dla chorych w postaci wylewów mózgowych, lub niedomogi lewej komory serca. Bardzo często nagły zgon, nagłe wystąpienie porażenia połowicznego albo nagły obrzęk płuc człowieka, mającego nadciśnienie niezbyt wysokie, niema innej przyczyny jak nagłe, często nawet niezauważone, podwyższenie ciśnienia średniego. Poznanie zmian ciśnienia tego typu, dotyczące szczególnie ciśnienia średniego jest szczególnie ważne przez wzgląd na poważny charakter i organiczne następstwa wahań tego rodzaju. Z badań *Vaqueza* wynika bowiem, że szczególnie wahania ciśnienia średniego są wykładnikiem stanu dynamicznego serca. Wahania zaś ciśnienia skurczowego zależeć mogą od przejściowych zaburzeń naczynioruchowych, wpływających w słabym stopniu na zachowanie się ciśnienia średniego. Nagłe wahania ciśnienia krwi występują także czasami, u osób, których ciśnienie krwi jest prawidłowe, ale u których przeważa napięcie układu nerwu współczulnego albo układu nerwu błędnego. Pierwsi są naogół skłonni do nagłych wzniesień, drudzy do nagłych spadków ciśnienia. Wreszcie u osób, które cierpią na niestałość układu wagosympatycznego mogą występować jedne i drugie wahania ciśnienia. U takich osób wahania ciśnienia mogą być wywoływane przez najprzeróżniejsze czynniki, przepracowanie, wzruszenia i t. d., najczęstszą jednak przyczyną jest uczulenie, o którym dotknięci tą zmianą sami najczęściej nie wiedzą. Objawy uczulenia występują u tych osób jako zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wymioty, nudności, rozwolnienia, bóle głowy, bóle ze strony splotu słonecznego, czasami łączy się z tem osłabienie, tętno małe, miękkie, będące wyrazem spadku ciśnienia. W przebiegu choroby morskiej, do której są szczególnie skłonni wagotonicy występuje czasami obniżenie ciśnienia krwi, będące może częściowo przyczyną objawów chorobowych. Charakterystycznem jest, że działanie adrenaliny jest w tych przypadkach szczególnie pożyteczne. Osoby cierpiące na niedomogę wątroby szczególnie są skłonne do spadków ciśnienia, wywołanego prawdopodobnie szkodliwem działaniem ciał, które wątroba nie jest w stanie przerobić. Niestałość ciśnienia, zdradzająca się szczególnie obniżeniem ciśnienia średniego przy mniej lub więcej prawidłowem zachowaniu ciśnienia skurczowego, występuje czasami w przebiegu dojrzewania albo przekwitania prawdopodobnie z powodu zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Występujące w tych stanach dolegliwości: bicie serca, duszność przy pracy, bóle i zawroty głowy przypisać należy także nagłym wahaniom ciśnienia. Niskie ciśnienie średnie przy prawidłowem ciśnieniu skurczowem występuje czasami przy większych krwawieniach. W tych stanach ciśnienie skurczowe wykazuje także wielką zmienność, będącą nieraz przyczyną ciężkich omdleń. Wielka niestałość ciśnienia spotyka się również przy t. zw. względnem podciśnieniu t. j. nagłym spadku ciśnienia, początkowo wysokiego, występującem czasem u osób z nadciśnieniem, zapadłych na cierpienia gorączkowe. Wreszcie znaczne wahania ciśnienia spotyka się także w okresie zdrowienia po durze brzusznym; niestałością ciśnienia charakteryzuje się również chorzy, cierpiący na wiąd rdzenia. Objawy wywołane przez wahania ciśnienia zależne są do pewnego stopnia od przyczyny, która te wahania wywołała. Częste wahania ciśnienia u osób dochodzących do 50 roku życia zdradzają się różnemi objawami zależnie od tego czy ciśnienie waha się w dół lub w gó-

rę. Uczucie osłabienia, amnezja, zawroty głowy, wywołane są raczej pierwszem, bóle głowy, bicie serca raczej drugiem.. Bywa jednak i tak, że zaburzenia są podobne tak przy spadku, jak przy podwyższeniu ciśnienia. Zaburzenia mogą przybrać szczególnie ciężki i nagły charakter u kobiet w okresie przekwitania. Niestałość ciśnienia występuje czasami z zupełnie podobnemi objawami u osób młodych w okresie dojrzewania. Szczególnie, jeżeli ta młodzież uprawia ćwiczenia cielesne mogą po cięższych ćwiczeniach wystąpić spadki ciśnienia, którym towarzyszy uczucie zupełnego wyczerpania a niekiedy i kurcze w kończynach dolnych. Nie jest wykluczone, że w tych przypadkach występuje pewna niewystarczalność aparatu endokrynnosympatycznego, wywołana zmęczeniem, na którą dobrze działa podawanie adrenaliny, strychniny, fosforu lub arszeniku. Niestałość ciśnienia, w szczególności jego spadek występuje często u osób uczulonych. Spadkowi ciśnienia towarzyszą czasami w tych przypadkach objawy skurczów naczyniowych, występujących w różnych czasami bardzo odległych od siebie dziedzinach. Przejściowa sinica kończyn i ich ochłodzenie, chromanie przestankowe, bolesne skurcze, acrocyanozy są wyrazem tych skurczów naczyniowych na obwodzie. Towarzyszą im czasami amnezje, migreny i t. d., będące wyrazem skurczu naczyń mózgowych, lub też bóle w okolicy serca, mówiące o skurczu naczyń wieńcowych. Dopiero dokładne spostrzeganie tych przypadków wykaże, że niejednokrotnie bardzo różne objawy są zależne od spożycia produktów białkowych, mleka, jaj, ryby i t. d. Niestałość naczyniowa w szczególności spadek ciśnienia na tle uczulenia występuje szczególnie często u osób z niedomogą wątroby i u astmatyków. Czasami przy spadku ciśnienia na tle uczulenia występują zaburzenia sercowe, mające bądź charakter częstoskurczu napadowego, bądź anginy pectoris, bądź anginy abdominalis. Objawy niestałości ciśnienia są dzięki wszystkim swym następstwom bardziej burzliwe i niepokojące, niż stałe zmiany ciśnienia. Nie można także zapominać, że właśnie w okresie wahań ciśnienia występują najpoważniejsze powikłania, krwawienia mózgowe, różnego rodzaju napady sercowe (angina pectoris, często skurcz napadowy, ostra niedomoga lewej komory z następowym obrzękiem płuc). Z tego też względu zwłaszcza stany, wykazujące niestałość i wahania ciśnienia, wymagają zastosowania odpowiedniego leczenia. Leczenie to szczególnie u osób, mających skłonność do nadciśnienia, opierać się musi na należycie unormowanych warunkach życia, zabezpieczeniu chorym odpowiedniego spokoju, wypoczynku i należytych warunków higieniczno djetetycznych, przyczem unikać należy wszystkich czynników, mogących doprowadzić do skurczów naczyniowych. U osób, u których niestałość ciśnienia, powstała na tle uczulenia należy wykluczyć z jednej strony wszystkie czynniki, mogące być przyczyną uczulenia, z drugiej starać się je uodpornić w stosunku do ciał uznanych jako uczulające.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Szczepienie przeciwgruźlicze za pomocą BCG w rodzinach lekarzy. (La vaccination preventive de la tuberculose par le BCG dans les familles de médecins). A. Calmette.

Pédiatrie, décembre 1932.

Autor za pomocą specjalnej ankiety zebrał 280 odpowiedzi od lekarzy z różnych departamentów Francji, którzy w okresie od lipca 1924 (początek szczepień przeciwgruźliczych we Francji) do sierpnia 1932 zastosowali szczepionkę Calmett'ea u dzieci własnych (w pierwszych 10 dniach po urodzeniu się dziecka, metodą doustną). Ogólna liczba zaszczepionych w tym okresie dzieci lekarzy wynosi 514. Według wieku dzieci materjał przedstawia się w chwili obecnej następująco:

Poniżej roku	91
Od roku do 2-ch lat	90
Od 2 — 3 lat	95
Od 3 — 4 lat	68
Od 4 — 5 lat	54
Od 5 — 6 lat	56
Od 6 — 7 lat	39
Od 7 — 8 lat	17
Od 8 — 9 lat	4

(szczepienia z roku 1924).

Z 514 zaszczepionych dzieci, — 60 przebywało później w niewątpliwym kontakcie z gruźlicą, 43 — w środowisku podejrzanem co do gruźlicy. 140 dzieci poddano powtórnemu szczepieniu (revaccinatio), w wieku 1 — 3 lat. Ogólnie w latach 1924 — 1932, z pośród tych dzieci (514) zmarło 7 (1,3%), z nich tylko jedno przypuszczalnie na gruźlicę opon mózgowo-rdzeniowych, pozostałe (6) na cierpienia nie mające nic wspólnego z gruźlicą. Wymienione dziecko zmarło w wieku 3-ch lat, nie było powtórnie szczepione i znajdowało się w kontakcie z osobą chorą na gruźlicę.

A więc do sierpnia 1932 r. żyje 507 dzieci. Stan zdrowia ich odnotowany w odpowiedziach ankiety przedstawia się następująco:

doskonały	263 dzieci.
bardzo dobry	101 „
dobry	131 „
zadawalający	8 „
względny	8 „

Lekarze, którzy szczepili własne dzieci wykonali także w tym czasie szczepienia wśród swej klijenteli w liczbie 7017 dzieci. Wszystkie odpowiedzi ankiety jednogłośnie stwierdzają zupełną nieszkodliwość szczepionki BCG.

Opierając się na wynikach podanej ankiety, a także na 46 raportach autorów zagranicznych ogłoszonych przez Instytut Pasteur'a w maju 1932 r., autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Bezwzględna nieszkodliwość szczepionki BCG. stwierdzona doświadczalnie i przez obserwację kliniczną we wszystkich krajach, — jest jednogłośnie uznaną.

2) Szczepienie za pomocą BCG prowadzi do zmniejszenia się cyfry śmiertelności wśród dzieci pierwszych lat życia i znosi prawie zupełnie śmiertelność wskutek gruźlicy poczynając od 2-go roku życia.

3) Ogólnie stwierdza się, że dzieci szczepione BCG, w jednakowych warunkach, wykazują większą oporność w stosunku do różnych zakażeń wieku dziecięcego.

4) Obawy istniejące na początku o możliwość odzyskania zjadliwości szczepu BCG w ustroju muszą być całkowicie odrzucone. Przemawiają za

tem bardzo liczne prace ze wszystkich krajów (autor przytacza przeszło pięćdziesiąt nazwisk).

Do chwili obecnej, w różnych krajach wykonano przeszło 400 badań pośmiertnych dzieci szczepionych BCG i zmarłych później w różnym wieku wskutek różnych cierpień nie gruźliczych. Nigdy nie znaleziono w nich czynnych zmian gruźliczych. Często można było otrzymać z gruczołów chłonnych czystą hodowlę szczepu BCG. Szczepy otrzymane z laseczników, długi czas przebywających w gruczołach chłonnych, — wykazywały niezmienne wszystkie cechy oryginalnego szczepu BCG i były pozbawione zjadliwości. Dzieci zaszczepione BCG, które obecnie osiągnęły wiek 10 lat, nie wykazały żadnej zachorowalności na gruźlicę.

W r. 1932 liczba przeciętna szczepień miesięcznych we Francji sięga 10.700 dzieci. Po za Francją, do r. 1932 zaszczepiono przeszło ½ miljona dzieci i wszędzie stwierdzono, że zachorowalność na gruźlicę i śmiertelność ogólna wśród dzieci szczepionych znacznie obniżyły się.

Liczby szczepień wykonanych we Francji od lipca 1924 do listopada 1932 przedstawiają się następująco:

r. 1924	850
r. 1925	4.328
r. 1926	14.654
r. 1927	37.529
r. 1928	69.644
r. 1929	80.888
r. 1930	95.869
r. 1931	101.646
r. 1932	102.690
Razem	508.098

5) Kontrola stanu allergji tuberkulinowej u dzieci szczepionych wykazuje *(Debré, Lelong, Pictet, L. Bernard)*, że odporność nabywana przez pierwsze szczepienie utrzymuje się jeszcze w wieku 5 lat. Ponieważ jednak może się zdarzyć, odporność może osłabnąć, pożądanem jest ponawiać szczepienia okresowo, naprz. w wieku 1 r. — 3 lat, — 7 lat, — 15 lat.

Powtórne szczepienia, jak i pierwsze, mogą być wykonane drogą doustną, gdyż stwierdzono, że wchłanianie jelitowe szczepionki ma miejsce w każdym wieku. Szczepienie doustne nie wymaga poprzedzających prób tuberkulinowych. Zaleca się bardzo nie zaniedbywać szczepień powtórnych i nie polegać na roli późniejszych zakażeń przypadkowych, mających podtrzymywać odporność, bowiem mogą one być niebezpieczne dla ustroju, w którym stan allergiczny wygasł.

6) Brak wszelkiej jadowitości szczepu BCG dla ustroju noworodków (nawet wcześniaków) powinien oddalić wszelką odpowiedzialność lekarzy wobec rodziny, w której ew. może zdarzyć się śmierć noworodka wkrótce po dokonanem szczepieniu, gdyż nie stoi to w żadnym związku z samem szczepieniem. Wiadomo, że śmiertelność noworodków wskutek różnych przyczyn ogólnie wynosi w I miesiącu życia około 6%.

7) Większość odpowiedzi ankiety wykazuje, że lekarze początkowo ograniczali się do szczepienia dzieci znajdujących się w środowiskach gruźliczych lub podejrzanych, lecz stopniowo, przekonując się o zupełnej nieszkodliwości metody, rozszerzają szczepienia także i na środowiska zupełnie zdrowe. Wielu lekarzy dotkliwie przekonało się do metody przez obserwacje własnych dzieci, nie poddanych szczepieniu (ze względu na brak gruźlicy w rodzinie), a które ginęły później na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub inne postacie gruźlicy, wskutek zakażenia przypadkowego.

Należy rozciągnąć szczepienia BCG na wszystkie noworodki, nawet w najzdrowszych rodzinach, gdyż zawsze istnieją nieuchwytne możliwości i warunki do zakażenia się gruźlicą. Autor wypowiada się jednak przeciwko szczepieniom przymusowym, gdyż sądzi, że metoda szczepień przeciwgruźliczych powinna najpierw stopniowo przeniknąć do psychiki rodzin i powinna się utrwalić zwyczajowo, zanim będzie narzuconą przez prawo. W przeciwnym wypadku wszelkie zaburzenia zdrowia u dzieci szczepionych będą stawiane w związek ze szczepieniem.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Wczesne leczenie ostrego zapalenia szpiku kostnego, nieurazowego. (Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë — non traumatique — des membres) — temat programowy Zjazdu Ortopedów Francuskich w 1932 roku. I n g e l r a n s.
La Presse Méd. N. 90, listopad 1932.

Leczenie to jest zdaniem autora — wyłącznie operacyjne, gdyż szczepionki nie dają w tego rodzaju przypadkach żadnego naogół wyniku leczniczego. Operacja, w razie stwierdzenia ostrego zapalenia szpiku kostnego kości kończyn, polega bądź to na nacięciu ściany ropnia podokostnego, bądź też na dłutowaniu kości.

Niektórzy autorowie (przeważnie niemieccy) uważają, że we wczesnych okresach ostrego zapalenia szpiku wystarcza o t w a r c i e r o p n i a p o d o k o s t n o w e g o, gdyż sączkowanie jamy szpikowej poprzez kanały Haversa jest tutaj zupełnie dostateczne, z drugiej zaś strony — dłutowanie kości w tym okresie choroby grozi zakażeniem zdrowych odcinków kości i powstaniem zatorów zakażonych w ogólnem krążeniu.

Chirurdzy francuscy, jeśli po przecięciu ściany ropnia natrafią na kość obnażoną z okostnej, ale różową i krwawiącą, to przeważnie poprzestają na tem nacięciu i kości nie dłutują; jeśli zaś znajdą bladą, matową i niekrwawiącą, to otwierają jamę szpikową na mniejszej lub większej przestrzeni zapomocą dłuta. Samo d ł u t o w a n i e k o ś c i odbywa się w bardzo szerokich granicach — od wyborowania jedynie paru otworów w kości do wycięcia podokostnego całego trzonu w zdrowych tkankach. Po wydłutowaniu kości niektórzy chirurdzy stosują jej obmycie roztworem karbolu lub alkoholem.

Rozróżniamy podokostnowe wycięcie trzonu: w c z e s n e, zanim powstaną martwaki (pierwsze 2 miesiące od początku choroby), i p ó ź n e. Wycięcie wczesne może być pierwotne — wskazane zewzględu na stan ogólny lub miejscowy, i wtórne — jeśli prowadzone dotychczas leczenie bardziej zachowawcze nie prowadzi do celu. Wycięcie wczesne kości następuje wówczas, kiedy jeszcze nie doszło do obumarcia kości, a okostna jest naogół zdrowa i nie utraciła, co jest najważniejsze, swych własności kościotwórczych.

I rzeczywiście, prawie zawsze widzi się po ta-

kiej operacji odrodzenie zupełne kości prawidłowej, bez skrócenia — o ile chrząstki nasadowe nie zostały przy tem uszkodzone, kości zabezpieczonej całkowicie od nawrotów zapalenia szpiku. Wczesne wycinanie trzonu pierwotne wykonuje się zwykle w przypadkach, które kwalifikują się naogół do odjęcia kończyny, a śmiertelność pooperacyjną niesłusznie kładzie się tutaj na karb wycięcia trzonu, gdyż główną przyczyną zejścia niepomyślnego jest stan ogólnego zatrucia ustroju, właściwy wyjątkowo ostro przebiegającym postaciom zapalenia szpiku kostnego (postać toksyczna).

Wczesne wycinanie trzonu wtórne również daje bardzo dobre wyniki, gdyż zwykle ratuje chorego od amputacji, a poza tem znacznie skraca okres gojenia się rany, od 3 — 7 miesięcy. Opatrunki robi się w tych przypadkach jak najrzadziej, nie stosując przy tem żadnych środków przeciwgnilnych. Koniecznem jest w przebiegu leczenia pooperacyjnego dokładne unieruchomienie kończyny (zwykle w opatrunku gipsowym).

W swych ostatecznych wnioskach autor zaznacza, że nie uważa sposobu podokostnego wycinania trzonu wczesnego za metodę z wyboru w leczeniu ostrego zapalenia kończyn, gdyż sposób ten nie został jeszcze sprawdzony na dostatecznie dużej liczbie przypadków, spostrzeganych następowo przez czas dłuższy. Ale w pewnych ściśle określonych postaciach zapalenia szpiku daje bardzo dobre wyniki i jest godny polecenia.

Rozpoznawanie i leczenie bólów głowy pochodzenia nosowego. (Diagnostic et traitement des céphalées d'origine nasale). Aubry i Klotz.
La Presse Méd. N. 94, listopad 1932.

Autorowie omawiają tutaj tylko te postacie bólów głowy, o umiejscowieniu w okolicy czołowej, których właściwą przyczyną jest swoiste usposobienie — zaburzenia równowagi wzajemnej nerwu błędnego i współczulnego, zaburzenia jajnikowe, niektóre schorzenia żołądkowo-jelitowe i t. p., a pewne niewielkie zmiany chorobowe ze strony nosa są tylko czynnikiem wywołującym napad bólu głowy. Zmiany te polegają najczęściej na skrzywieniach górnej części przegrody nosowej z uciskiem na muszlę środkową, lub też na zgrubieniu tejże muszli, powodującem ucisk na przegrodę, rzadziej — na pewnych zaburzeniach rozwojowych ze strony zatok czołowych, powodujących mniejszą ich powietrzność i zaleganie wydzieliny.

Nie wchodzą tutaj w rachubę bóle wskutek zapalenia zatok nosa, kiły trzeciorzędowej, guzów złośliwych kości sitowatej i t. p.

Wyżej omawiane bóle pochodzenia nosowego są umiejscowione zwykle w sąsiedztwie oczodołu, czasami obustronnie, nieraz szerzą się ku górze i nawet do potylicy; mają zawsze charakter napadowy, napad zaś zostaje wywołany bądź to przez zadziałania zimna, gorąca, bądź to przez perjod, zmęczenie, bądź wreszcie przez katar nosa. Czasami bywają mdłości. Prawie zawsze stwierdza się bolesność uciskową okolicy czołowej (punkt Ewinga — w kącie górnowewnętrznym oczodołu, na 1½ cm. w głąb od brzegu oczodołu). Rozpoznanie powyższego cierpienia potwierdza fakt szybkiego ustąpienia objawów bólowych po wprowadzeniu do górnej części nosa środka znieczulającego (kokaina) lub ściągającego (adrenalina). Tenże sam fakt tłumaczy również mechanizm powstawania bólu głowy, polegający na odruchu z nosa.

Cierpienie powyższe różniczkować należy z: 1) bólami głowy pochodzenia ocznego (w dalekowzroczności, astygmatyzmie, jaskrze przewlekłej), 2) z migreną (jednostronność i duże nasilenie bólów, wymioty, przewaga płci żeńskiej, dziedziczność, tło uczuleniowe), 3) nerwobólem gałązek nerwu trójdzielnego, 4) bólami pochodzenia wewnątrzczaszkowego (guzy), 5) bólami głowy u chorych na kiłę (nasilenia nocne) i 6) bólami na tle zatrucia i odruchu z różnych okolic ciała (z żołądka, kiszek, narządów rodnych i t. p.).

Leczenie bólów głowy pochodzenia nosowego jest zasadniczo wewnętrzno-farmakologiczne: stosowanie miejscowe (do nosa) kokainy, adrenaliny, efedryny, elektryzacja i, wreszcie wpływanie na zmianę tak zwanego „usposobienia" do powstania tego rodzaju bólów (oddziaływanie na nerwowy układ rośliny, na wydzielanie jajników i t. p.). W razie nieskutkowania powyższego leczenia pozostaje tylko operacja — wycięcie częściowe przegrody nosowej, wycięcie muszli środkowej, zabiegi zewnętrzne na zatokach czołowych.

Późne porażenia nerwowe w następstwie przebytego tężca. (Les séquelles tétaniques, séquelles mixtes et toxiniennes, responsabilité de chacum de ces facteurs). Muller i Quénée.
Paris Méd. N. 39, wrzesień 1932.

Porażenia te mają chrakter najbardziej zbliżony do zapalenia narwów (neuritis) i dają rokowanie naogół niezłe, gdyż często ustępują bez śladu. Niektórzy autorowie odnoszą je do działania ubocznego stosowanej w celach leczniczych surowicy przeciwtężcowej, ale jest to niesłuszne, przynajmniej w dużym stopniu, gdyż zupełnie analogiczne porażenia widuje się i w przypadkach tężca, nie leczonych wcale surowicą swoistą. W pracy niniejszej jest przytoczona historja choroby, stanowiąca jaskrawy przykład powyższego.

Kobieta lat 54 dostała nagle krwotoku z pękniętego żylaka na goleni prawej. Po 6 miesiącach wystąpił szczękościsk, zaburzenia w połykaniu, risus sardonicus, bezsenność, gorączka; w ciągu 2—3 tygodni doszło do uogólnionych kurczów tonicznych, opisthotonus, śpiączki, później zaś objawy zaczęły powoli ustępować, stan ogólny chorej poprawił się znacznie, kiedy nagle wystąpiły silne bóle barku lewego, o charakterze piekącym, ze znieczuleniem i porażeniem prawie całej kończyny. Powoli i te objawy cofały się tak, że po 4 miesiącach od chwili wystąpienia objawów porażenia splotu barkowego chora poruszała kończyną zupełnie swobodnie; czucie również wróciło.

Jak wiadomo, jad tężcowy zostaje związany z nerwami obwodowemi i istota nerwową wogóle, ale nie ulega tu rozkładowi i może być przechowywany w czynnym stanie przez czas długi. Dowodzi tego, między innemi nadmierna pobudliwość nerwów i mięśni na bodźce elektryczne, zachowana przez długie miesiące po całkowitem wyleczeniu tężca. Na tem samem tle dochodzi do późnego zapalenia nerwów, z przejściowemi bólami, porażeniami i znieczuleniami.

Nie negując trującego działania zawartego w

surowicy przeciwtężcowej białka na nerwy, należy podkreślić, że i w tych przypadkach rola główna, a conajmniej równorzędna, przypada jadowi tężcowemu, który uczula komórkę nerwową i jej wypustki na działanie trujące białka surowiczego i współdziała, jeśli nawet nie umożliwia powstanie następowych porażeń i znieculeń.

Spostrzegając większą liczbę odnośnych przypadków, autorowie zauważyli, że w przypadkach porażeń, przypisywanych głównie działaniu surowicy, stwierdza się obniżenie pobudliwości nerwowo-mięśniowej, w przypadkach zaś porażeń czysto tężcowych — wzmożenie tej pobudliwości.

Bezpośrednie i późne wyniki leczenia operacyjnego przedziurawienia żołądka i dwunastnicy z powodu wrzodu. (Resultats immédiats et tardifs des opérations pour ulcères perforés de l'estomac et du duodenum). Rousselin.

Lyon Chir. XXIX — N. 6, listopad — grudzień 1932.

Statystyka autora dotyczy 65 przypadków, z których 51 przypada na przedziurawienie dwunastnicy, 7 — na przedziurawienie odźwiernika i 7 — przedziurawienie na małej krzywiźnie. W pierwszej grupie śmiertelność pooperacyjna wyniosła 25%, w drugiej — 57%, w trzeciej — 71%. Zwraca tutaj uwagę wzrastanie śmiertelności w miarę przesuwania się miejsca przedziurawienia od dwunastnicy do wpustu. Ogólna śmiertelność pooperacyjna = 33%.

Wszystkie omawiane przypadki dotyczyły przypadki dotyczyły ostrego przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnowej, prawie wyłącznie u mężczyzn (62 mężczyźni, 3 kobiety). Rażąco duża odsetka wrzodów dwunastnicy tłumaczy się trudnością wytyczenia granicy między dwunastnicą a odźwiernikiem tak, że część wrzodów dwunastnicy możnaby prawdopodobnie zaliczyć do żołądka.

Jeśli chodzi o rodzaj zabiegu wykonanego, to najczęściej poprzestawano tylko na zaszyciu otworu w żołądku względnie dwunastnicy, uzupełnionem założeniem sączka gumowego do jamy Douglasa ponadłonowo — co wykonywano zresztą w każdym przypadkau. Zaszycie to miało miejsce w 48 przypadkach (na ogólną liczbę 65) — śmiertelność przytem wyniosła 20%. Zastanawia tutaj współistnienie w tym samym materjale dużej odsetki wrzodów dwunastnicy i znacznej przewagi zabiegu, polegającego na zaszyciu miejsca przedziurawienia, co — jak wiadomo usposabia w tych przypadkach do następowych zwężeń w miejscu szwu.

Zaszycie miejsca przedziurawienia, uzupełnione zespoleniem żołądkowo-jelitowem, wykonano w 10 przypadkach (50% śmiertelności); widać z powyższego, że zespolenie znacznie podwyższa śmiertelność pooperacyjną.

Tamponadę miejsca przedziurawienia, bez zaszywania (w przypadkach wrzodów ze znacznem zbliznowaceniem otoczenia), wykonano w 4 przypadkach — 100% śmiertelności. Włożenie sączka, gumowego do otworu w ścianie jelita — w 2 przypadkach, oba zmarły. Wycięcie części odźwiernikowej żołądka — w 1 przypadku chory zmarł.

Co się tyczy wyników późnych leczenia operacyjnego w powyższych przypadkach to opierając się na zbadaniu klinicznem i rentgenologicznem zgłoszonych do kontroli 30 chorych stwierdzono, co następuje. Wszyscy chorzy z zaszyciem otworu i zespoleniem byli wyleczeni; bez dolegliwości. Z pośród 27 zaś, którym tylko zaszyto otwór, jedni (którzy przed przedziurawieniem nie mieli żadnych dolegliwości żołądkowych) w dużej odsetce zostali zupełnie wyleczeni, drudzy (przed przedziurawieniem chorowali na żołądek przez czas dłuższy) — zostali wyleczeni w znacznie mniejszej odsetce.

Z rozważań powyższych nasuwają się pewne uwagi:1) u chorych, u których przedziurawienie żołądka jest pierwszym objawem wrzodu, można się ograniczyć do zaszycia otworu; 2) u chorych pozostałych, to jest chorujących na żołądek od dłuższego czasu, po zaszyciu otworu należy wykonać zespolenie; 3) ograniczanie się jedynie do sączkowania miejsca przedziurawienia gazą lub rurką gumową jest bezwzględnie przeciwskazane, gdyż daje 100% śmiertelności.

Leczenie powikłanych krwawieniami włókniaków macicy naświetlaniami rentgenowskiemi. (Traitement des fibromes hémorragiques par la radiothérapie). Santy i Japiot.

Lyon Chir. XXIX — N. 6, listopad — grudzień 1932.

Większość chirurgów jest zdania, że włókniaki bardzo duże i z powikłaniami wymagają leczenia operacyjnego (wycięcia macicy), włókniaki zaś z krwawieniami — naświetlań rentgenowskich (jajników, względnie i śledziony). Za stosowaniem naświetlań przemawia, między innemi, duża śmiertelność pooperacyjna w odniesieniu do chorych wykrwawionych.

Przeciwskazaniem do naświetlań są: obecność polipa w świetle macicy, stan zapalny przydatków, zakażenie narządów rodnych.

W myśl wyżej wyłuszczonych zasad autorowie spostrzegali i leczyli naświetlaniami roentgenowskiemi 42 odnośne chore, bez jakichkolwiek powikłań i z bardzo dobrym wynikiem leczniczym, który polegał na zupełnem ustaniu krwawień i nieznaczenm zmniejszeniu się guza. Naturalnie, nie można tutaj liczyć na jakieś znaczniejsze zmniejszenie sie guza i dlatego do naświetlań nie należy kwalifikować włókniaków, które powodują dolegliwości przez swoją objętość (ucisk na otoczenie).

W czasie naświetlań mogą wystąpić przejściowo mdłości i wrócić krwawienia miesięczne (jeśli już przedtem zaczęły ustawać), ale po ukończeniu kuracji roentgenowskiej wszystko to mija i wytrzebienie (castratio) staje się definitywnem.

Przyczynek do złamania wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. (Sur deux cas de fractures des apophyses transverses lombaires). Chevrier i Elbim.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 30, grudzień 1932.

Złamania te są naogół częste, tylko nie zawsze bywają jako takie rozpoznane; należą tu, między innemi, przypadki rzekomych bólów lędźwiowych pourazowych (lumbago traumatica), w których niewykonanie w swoim czasie zdjęcia rentgenowskiego nie pozwoliło na zrobienie właściwego rozpoznania.

Przyczyną złamania jest zawsze silny uraz, zwykle w przebiegu prac ziemnych (np. przysypanie ziemią); mechanizm bywa: pośredni (gwałtowny skurcz mięśnia udowego — m. psoas, kwadratowego lędźwi i mięśni skręcających kręgosłup — rotatores), bezpośredni lub mieszany. Złamaniu ulega najczęściej wyrostek poprzeczny I kręgu lędźwiowego, najrzadziej — V kręgu; zwykle złamanie dotyczy paru kręgów.

Klinicznie stwierdza się przykurcz mięśni grzbietu po stronie chorej i bolesność uciskową w okolicy złamanych wyrostków. Rozpoznanie staje się pewnem dopiero po wykonaniu zdjęcia rentgenowskiego.

Rokowanie bywa różne i zależy od rozległości pierwotnego urazu. W przypadkach niewielkiego obrażenia, bez znaczniejszego przemieszczenia odłamów chory szybko wraca do zdrowia i wszelkie dolegliwości przechodzą bez śladu. Tam zaś, gdzie doszło do rozległego złamania z dużem przemieszczeniem odłamów, uszkodzeniem mięśni, naczyń i nerwów, bóle typu neuralgicznego mogą się utrzymywać miesiącami, a nawet latami, dając wskazanie do operacji. Ponieważ bóle długotrwałe (szerzące się czasami wzdłuż nerwu kulszowego) są wywołane przez ucisk blizny tkankołącznowej lub kostnej względnie przemieszczony odłam na nerwy lędźwiowe, więc operacja będzie tu polegała na wycięciu złamanych wyrostków i uwolnieniu nerwów z otaczającej je blizny. Po tego rodzaju operacjach widuje się często wyniki bardzo dobre, nawet w przypadkach zadawnionych. Rokowanie zależy tu również od umiejscowienia złamania: jest ono tym gorsze, im niżej jest umiejscowione złamanie; w złamaniach wyrostków dwu ostatnich kręgów (IV i V) z reguły bóle odnośne utrzymują się bardzo długo i są wyjątkowo uporczywe.

Co się tyczy leczenia, bezpośrednio po urazie, to w większości przypadków (zwłaszcza lżejszych) wystarcza ułożenie chorego na twardym materacu na przeciąg paru tygodni.

Choroba Koeniga czyli tak zwana Osteochondritis dissecans coxae. (Ostéochondrite disséquante de la hanche — maladie de Koenig de la tête fémorale). **M o u l o n g u e t.**

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 31, grudzień 1932.

Cierpienie to jest naogół rzadkie i polega na powstawaniu i stopniowem oddzielaniu się jałowego martwaka powierzchniowego w głowie kości udowej, w pobliżu przyczepu więzadła obłego. Martwak ów bywa wielkości małej względnie średniej monety, grubości ½ — 1 cm, i utworzony jest z chrząstki stawowej i cienkiej warstwy kości; oddziela się on stopniowo od głębi do powierzchni. Czy dochodzi tutaj do zupełnego oddzielenia się martwaka w postaci wolnego ciała wewnątrzstawowego, tego powiedzieć nie można, gdyż z literatury przypadki takie nie są znane.

Najczęstszem umiejscowieniem powyższego cierpienia jest staw kolanowy i łokciowy; w stawie biodrowym cierpienie to występuje zwykle obustronnie. Od Osteochondritis dissecans coxae należy odróżniać Osteochondritis coxae juvenilis (Legg-Perthes-Calvé), która jest schorzeniem zupełnie odrębnem i co do zmian anatomo-patologicznych, i co do leczenia.

Choroba Koeniga (osteochondritis dissecans coxae) zaczyna się w wieku młodzieńczym i rozwija się powoli latami, przechodząc kolejno następujące 3 okresy: okres zmian ukrytych, okres bólów bez ograniczenia ruchów w stawie i okres zniekształcającego zapalenia stawu biodrowego, prowadzący do zesztywnienia. I kliniczny obraz, i rentgenologiczny są charakterystyczne tylko we wczesnych okresach cierpienia; później, w miarę rozwijania się procesów zapalnych w stawie i dookoła stawu i procesów wytwórczych (zwapnienia, wyrośla kostne), powstaje zupełnie niecharakterystyczny obraz zniekształcającego zapalenia stawu biodrowego, z którego niepodobieństwem jest już odczytać punkt wyjścia całej sprawy.

Etjologja cierpienia jest niejasna; pewną rolę grają tutaj powtarzające się urazy powierzchni stawowych na tle zaburzeń statyki stawu (np. w przebiegu późnej krzywicy).

L e c z e n i e choroby Koeniga (staw kolanowy, łokciowy, biodrowy), jest prawie wyłącznie operacyjne i polega na otwarciu stawu i wyjęciu martwaka. Niektórzy uzupełniają zabieg powyższy plastyką stawu, to jest, bądź to przedłużeniem dachu panewki, bądź też wszyciem między głowę kości udowej a dno panewki kawałka powięzi, i t. p. Po operacji kończynę unieruchamia się w opatrunku gipsowym na przeciąg 2 tygodni.

Nie wszyscy chirurdzy są tu zwolennikami leczenia operacyjnego. Niektórzy są zdania, że ów martwak może się wtórnie wgoić w nasadę, i dlatego stosują w odnośnych przypadkach leczenie zachowawcze. Zdaje się, że biorą oni tutaj Osteochondritis coxae juvenilis (Legg-Perthes-Calvé), za Osteochondritis dissecans coxae, która to pierwsza jest rzeczywiście cierpieniem dobrotliwem i prowadzi do samoistnego wygojenia się. Inaczej jest z tą ostatnią, która — nieleczona operacyjnie — prowadzi z czasem nieuchronnie do zmian zapalno-zwyrodnieniowych, przedstawiających obraz zniekształcającego zapalenia stawu biodrowego — cierpienia prawie że nieuleczalnego.

Rzadsze odmiany krwotoku brzusznego w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Variété rare d'hémorrhagie au cours d'une appendicite aiguë) **A u v r a y.**

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 32, grudzień 1932.

Źródłem krwotoków, wikłających ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z ropniem przywyrostkowym, jest najczęściej uszkodzona przez proces ropny tętnica tej okolicy. Znacznie rzadziej przyczyną krwotoku jest nadżerka ściany żylnej (żyły biodrowej, żyły okrążającej biodro — vena circumflexa ilei, rozgałęzień i pnia głównego żyły wrotnej).

Autor przytacza opis choroby 21-letniego chorego na ostre zapalenie wyrostka, który był operowany na 11 dzień choroby. Po otwarciu otrzewnej (cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego prawego) zaczęły się wylewać ogromne ilości płynu krwawego, czarnego, cuchnącego; na zewnętrznej stronie kątnicy natrafiono na ropień ograniczony. Ze względu na ciężki stan chorego wytamponowano miejsce, z którego przypuszczalnie napływał płyn krwawy, wprowadzono do jamy otrzewnowej 2 sączki gumowe i brzuch poza tem zaszyto. Chory zmarł w kilkanaście godzin po operacji. Badanie pośmiertne zwłok wykazało: duże ilości ciemno-krwawego płynu w otrzewnej, silnie cuchnącego, ropień pod kątnicą (wyrostek

był położony pozakątniczo), przekrwienie, zrosty i naloty ropne na jelitach i, wreszcie, zgorzel krezki w pobliżu kąta krętniczo-kątniczego na przestrzeni dużej monety, z jej przedziurawieniem, a na dnie ubytku widać było ziejące światło żyły krezkowej (najprawdopodobniej v. ileo-colica), której koniec dogłowowy był wypełniony całkowicie zakrzepem. Przyczyna śmierci: krwotok z przeżartej przez proces zakrzepowo-ropny żyły krezkowej i rozlane zapalenie otrzewnej.

Krwotok z nadżartej żyły krezkowej może nastąpić nietylko do wolnej jamy otrzewnowej — jak w wyżej opisanym przypadku — ale i do przestrzeni pozaotrzewnowej, dając początek rozległemu krwiakowi między otrzewną ścienną z jednej strony, a przednią powierzchnią kręgosłupa, trzustki i nerki — z drugiej.

Zakrzepowe zapalenie żył krezkowych wikła ostre zapalenie wyrostka robaczkowego naogół rzadko, przyczem proces zakrzepowy może przejść i na główny pień żyły wrotnej. Zakrzep ulega zwykle zropieniu, powstaje owrzodzenie ściany żylnej i, wreszcie, jej przedziurawienie i krwotok. W podobny sposób powstają i ropnie wątroby w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka. Z zapaleniem zakrzepowem żył, prowadzącem do następowych krwotoków, spotykamy się prawie wyłącznie w tych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka, które są powikłane obecnością ropnia.

W przypadkach odnośnych proponowano różnego rodzaju operacje jak podwiązywanie, wycinanie żył krezkowych, a nawet podwiązywanie żyły wrotnej, jednak większego praktycznego znaczenia nie mają one, gdyż ciężki zwykle stan ogólny tych chorych zmusza do ograniczenia zabiegu do koniecznego minimum to jest najczęściej do wysączkowania względnie wytamponowania ogniska chorobowego.

Leczenie chirurgiczne zniekształcającego zapalenia stawu biodrowego. (Indications chirurgicales dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche). M a t h i e u.

Journ. de Médicale et de Chirurgie pratique, Nr. 21. listopad 1932.

Schorzenie omawiane nie stanowi, właściwie, rzadnej oddzielnej jednostki klinicznej, a jest z e j ś c i e m (okresem końcowym) różnych procesów chorobowych, toczących się w stawie biodrowym, jak to: zakażeń przewlekłych, wrodzonych i nabytych zaburzeń statycznych, urazów, mikro-urazów, zaburzeń odżywczych, zaburzeń kostnienia i t. p.

Dla zniekształcającego zapalenia stawu są charakterystyczne następujące zmiany anatomopatologiczne: zwyrodnienie względnie obumarcie chrząstek stawowych, ogniskowe obumarcie kości, wyrośla chrząstno kostne dookoła panewki i dookoła głowy kości udowej, zrosty, torebki stawowej z szyją kości udowej, zwapnienia torebki, skrócenia i skrzywienia szyi. Jeśli chodzi o wybór tego czy innego zabiegu chirurgicznego, to ważnem jest jedynie znajomość wzajemnego stosunku anatomicznego panewki i głowy kości udowej, przyczem mogą tu mieć miejsce następujące trzy ewentualności: 1) panewka jest dobrze wysklepiona i głowa kości udowej jest w niej prawidłowo osadzona, 2) panewka jest spłaszczona (o dnie wygładzonem), a głowa jest wypchnięta nazewnątrz, ale bez nadwichnięcia, 3) dach panewki jest ustawiony skośnie, i głowa ulega przemieszczeniu ku górze — powstaje nadwichnięcie.

K l i n i c z n i e choroba przejawia się następującemi dwoma zasadniczemi objawami: bólem i ograniczeniem ruchów. Ból występuje zwykle po jakimś bardziej rozległym ruchu w stawie lub po dłuższem chodzeniu, bywa umiejscowiony przeważnie w pachwinie, ale może się szerzyć w różnych kierunkach, powodując odnośne pomyłki rozpoznawcze (rzekoma rwa kulszowa, gruźlica stawu biodrowego). Ograniczenie ruchów w stawie występuje bardzo wcześnie (odwodzenie, przywodzenie, skręcanie), ale do zupełnego zesztywnienia dochodzi rzadko; najdłużej zostaje zachowany ruch zginania w stawie biodrowym. Zdjęcie rentgenowskie ustala ostatecznie rozpoznanie, stan stawu biodrowego po stronie przeciwnej i decyduje o wyborze tej czy innej metody operacyjnej.

L e c z e n i e chirurgiczne będzie wskazane dopiero wówczas, kiedy właściwe i prowadzone przez czas dostatecznie długi leczenie zachowawcze (kąpiele gorące, fizykoterapja) nie da oczekiwanego wyniku. Wykonuje się następujące operacje: 1) zdłutowanie wyrośli kostnych i usunięcie wolnych ciał wewnątrzstawowych, 2) przecięcie kości udowej poniżej krętarzowe, skośne (bifurcatio — według Lorenza), 3) przewiercenie kanału przez szyję i głowę kości udowej („forage), z pozostawieniem w nim przeszczepu kostnego lub nie, 4) wydłużenie dachu panewki zapomocą przeszczepu kostno-okostnego uszypułowanego, 5) zesztywnienie stawu wewnątrz — lub zewnętrznostawowe (artrodeza) i 6) wycięcie częściowe lub zupełne główki kości udowej.

Do bifurkacji według Lorenza autor ustosunkowuje się zasadniczo ujemnie (duże skrócenie kończyny, brak pewnej poprawy), przewiercenie kanału przez nasadę kości udowej uspokaja bóle, ale tylko przejściowo, wydłużenie plastyczne dachu panewki wskazane jest w nadwichnięciach głowy ku górze.

Najczęściej stosowanemi zabiegami i najcenniejszemi są: usztywnienie stawu i wycięcie głowy kości udowej.

U s z t y w n i e n i e s t a w u (artrodeza) wykonywa się zwykle pozastawowo, zapomocą wytworzenia mostka kostnego między krętarzem dużym a kością biodrową. Jest zabiegiem prostym i dobrotliwym, wskazany jest zwłaszcza w postaciach jednostronnych znacznego spłaszczenia dna panewki z tendencją do nadwichnięć.

W y c i ę c i e g ł o w y dotyczy jej części (resectio plastica) lub całości, w tym ostatnim przypadku kikut szyi opiera się o dno panewki. Daje bardzo dobre wyniki (zniesienie bólów, dobre warunki statyczne i zachowanie ruchomości w granicach 45—50°), o ile jest wykonane u osobników młodych, odpornych i całkowicie „na zimno" to jest po wygaśnięciu w stawie wszelkich objawów zakaźnych. W przypadkach zajęcia stawów biodrowych tylko ten zabieg operacyjny może wchodzić w rachubę, względnie, po jednej stronie — wycięcie głowy, po drugiej — artrodeza.

I artrodeza, i wycięcie głowy dają bardzo dobre wyniki lecznicze, przy niewielkiej śmiertelności pooperacyjnej.

Postacie kliniczne i anatomo-patologiczne ostrego zapalenia trzustki. (Formes cliniques des pancréatites aiguës chirurgicales). D e s p l a s.

Journ. de Médicine et de Chirurgie pratiques Nr. 22, listopad 1932.

Cierpienie to występuje prawie wyłącznie u osobników w sile wieku, 35 — 50 lat, otyłych, „smakoszów"; w wywiadach znajduje się często kamicę żółciową, wrzód dwunastnicy, rzadziej — choroby zakaźne, urazy okolicy trzustki. Klinicznie choroba ta przebiega pod 3 zasadniczemi postaciami: ostrego zapalenia krwotocznego trzustki, podostrego zapalenia krwotocznego trzustki (haematocele pancreatica) i ropnego zapalenia trzustki.

I. Ostre zapalenie trzustki — jest postacią najczęstszą. Zwykle po spożyciu obfitego posiłku występują gwałtowne bóle w nadbrzuszu, szerzące się do tyłu i na cały brzuch; jednocześnie prawie zaznacza się zapaść naczyniowosercowa (sinica, ochłodzenie kończyn, poty), silne osłabienie, odurzenie, powstają wymioty, wzdęcie brzucha i zatrzymanie gazów i stolca. Ciepłota — prawidłowa, tętno — słabo napięte. Powłoki brzuszne nie są napięte, przy oddechach poruszają się swobodnie. Stwierdza się rozlaną bolesność uciskową w nadbrzuszu. Postać ta może w ciągu 24 godzin doprowadzić do śmierci, ale może też przejść w postać podostrą a nawet przewlekłą.

W czasie operacji znajdujemy następujące zmiany anatomopatologiczne: wysięk surowiczo-krwawy w jamie otrzewnowej, kredowobiałe ogniska martwicy tłuszczowej balcerowskiej i zbiorowisko płynu krwawego w miejscu głowy lub trzonu trzustki. W niektórych przypadkach zamiast ognisk martwicy tłuszczowej widzi się silne nacieczenie płynem surowiczym krezki, sieci i otrzewnej pokrywającej trzustkę (postać obrzękowa ostrego zapalenia trzustki).

II. Podostre zapalenie krwotoczne trzustki — po ostrym początku jak wyżej objawy kliniczne słabną w swem nasileniu i jednocześnie w nadbrzuszu zaczyna się uwidaczniać guzowatość, ułożona poprzecznie. Z czasem zjawia się wyniszczenie znacznego stopnia i powstają objawy niedomogi trzustki jak cukromocz, obecność niestrawionych tłuszczów w stolcach i t. p., na miejscu zaś guza rozwija się torbiel rzekoma trzustki. Zresztą postać ta może przejść w następną to jest ropną.

Taka torbiel rzekoma trzustki bywa umiejscowiona poza żołądkiem i poprzecznicą i uwypukla się do przodu bądź to powyżej żołądka, bądź to poniżej poprzecznicy, bądź też pomiedzy temi narządami; może zawierać do 2 litrów płynu krwistego.

III. Ropne zapalenie trzustki — zaczyna się jako takie, lub jest zejściem postaci wyżej opisanych; przebiega jako rozlana ropowica trzustki lub ropień względnie ograniczony. Klinicznie na pierwszy plan wysuwają się objawy rozlanego zapalenia otrzewnej z gorączką, napięciem powłok, wymiotami, facies hippocratica i t. p. Przebieg — mniej lub więcej gwałtowny. W niektórych przypadkach dochodzi do wytworzenia się ograniczonego ropnia w miejscu trzustki, który — o ile nie zostanie opróżniony na drodze operacyjnej — może z czasem doprowadzić do śmierci wskutek charłactwa.

Mechanizm chorobotwórczy ostrego zapalenia trzustki polega na jej samostrawieniu przez sok trzustkowy, który będąc w warunkach prawidłowych nieczynny (dopóki nie zmiesza się z sokiem dwunastnicy, zawierającym enterokinazę), w pewnych stanach chorobowych uczynnia się (aktywuje się) i doprowadza do obumarcia miąższu trzustkowego z dalszemi tegoż następstwami.

W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy: przedziurawienie ściany żołądka lub dwunastnicy z powodu wrzodu, przedziurawienie wyrostka robaczkowego, przedziurawienie pęcherza żółciowego, ostrą niedrożność jelit o wysokiem umiejscowieniu i zakrzepowe zapalenie żył krezkowych.

Leczenie powinno być zawsze operacyjne, pomimo stosunkowo dużej śmiertelności pooperacyjnej (60—80%), gdyż chorzy nieoperowani umierają prawie wszyscy. W ostrym okresie zabieg ogranicza się do odsłonięcia trzustki (poprzez sieć małą), nacięcia jej ściany i sączkowania jamy wewnątrztrzustkowej gazą i sączkiem gumowym; jednocześnie należy skontrolować stan przewodów żółciowych.

Po pewnym czasie, wtórnie, w razie potrzeby, wykonuje się dodatkowo operację na drogach żółciowych (wycięcie, sączkowanie, usunięcie ewentualnego kamienia z przewodu wspólnego i t. p.).

Rozważania statystyczne na temat raka. (Le cancer-considerations numériques). Imbert.
La Presse Méd. Nr. 104, grudzień 1932.

Autor miał możność przejrzeć historję chorob 1091 chorych na raka, którzy w ciągu 3½ lat przeszli przez Szpital dla rakowatych w Marsylji. Segregując przypadki według umiejscowienia raka i płci chorych, przyszedł do ciekawych, jakkolwiek niezupełnie nowych wniosków.

Co do częstości występowania, na czele wszystkich raków (nie uwzględniając płci) stoi rak macicy, ściśle mówiąc, szyi macicznej — gdyż dotyczy on 31% wszystkich przypadków raka (333 — na ogólną liczbę 1091 chorych).

Jeśli uwzględnić tylko kobiety, to odsetka ta wyniesie koło 50%, to znaczy, że połowa wszystkich raków u kobiet — to rak szyi macicznej. Nasuwa się tu siłą rzeczy przypuszczenie, czy rzeczywiście okoliczność ta nie jest w ścisłym związku z przebytemi aktami porodowemi, tembardziej, że u kobiet, które nie rodziły ani razu, rak macicy występuje naogół rzadko. Najczęstszy wiek występowania raka macicy jest 40—60 lat; po tym okresie występuje on znacznie rzadziej.

Następnie, w kolejności coraz mniejszej częstości występowania wymienić należy: 1) raka sutka, 2) raka twarzy i warg, 3) raka języka, policzków, gardła krtani. Odsetka dla raka sutka wynosi 14%, z ogromną przewagą płci żeńskiej (wpływ procesów rozrodczych); dla samych kobiet odsetka ta wzrasta do 25%. Jak widać z tego, rak macicy i sutka dotyczy 75% wszystkich przypadków raka u kobiet.

Stosunek liczbowy raka twarzy u kobiet do tegoż raka u mężczyzn wnosi 62 : 47, a więc z przewagą niewielką po stronie kobiet. Stosunek zaś raka warg u kobiet i mężczyzn wynosi 8 : 39, a więc z olbrzymią przewagą mężczyzn (palenie papierosów, fajek). Jeszcze wybitniej zaznacza się ta przewaga po stronie mężczyzn, jeśli chodzi o raka policzka (od jamy ustnej) i gardła, a mianowicie 140 : 6.

Autor tutaj przypisuje dużą rolę jako czynnikom i wywołującemu — paleniu tytoniu.

Wpływ pozostawiania sączków gazowych w ranie — po operacji wskutek przedziurawienia wrzodu dwunastnicy — na wyniki pooperacyjne. (Le mécanisme de la mort dans les ulcères perforès. Le méchage est un excellent traitement des perforations duodénales). B e r n a r d.

La Presse Méd. Nr. 104, grudzień 1932.

Panuje powszechne przekonanie wśród chirurgów, że po operacjach na żołądku lub dwunastnicy pozostawianie sączków w górnej połowie brzucha jest nietylko bezcelowe, ale nawet szkodliwe, i dlatego należy je zarzucić. Ale pomimo to istnieją fakty kliniczne, na tyle przekonywujące o czemś wprost przeciwnem, że pobudza to poszczególnych chirurgów do występowania w obronie sączków w odnośnych przypadkach; do tych ostatnich przyłącza się i autor. Zauważył on, mianowicie, że pozostawienie sączków w pobliżu żołądka lub dwunastnicy w przypadkach przedziurawienia tych narządów znacznie poprawia wyniki pooperacyjne, nawet wtedy, jeśli się ograniczyć przy zabiegu tylko do osłonięcia miejsca przedziurawienia sączkami. A co dziwniejsze, że chorzy po tego rodzaju operacji w ogromnej większości zostają klinicznie zupełnie wyleczeni (jeśli chodzi o objawy wrzodowe), i to trwale.

Autor jest zdania, że przyczynę śmierci po operacji wskutek przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy jest prawie zawsze zapalenie otrzewnej (a nie „wstrząs pooperacyjny", jak to się często mówi), a źródłem tego zapalenia jest albo niedostateczne zaszycie otworu perforacyjnego, albo wtórne rozluźnienie się szwów wskutek zakażenia (każdy wrzód, który doprowadza do przedziurawienia jest silnie zakażony.

Osłonięcie tego miejsca w czasie operacji zapobiegawczo sączkami gazowemi nie dopuści do rozszerzenia się zakażenia na całą otrzewną, a powstające w niektórych takich przypadkach po wyjęciu sączków przetoki dwunastnicze dowodzą ex post słuszności tego rodzaju postępowania.

W związku z powyższem autor zaczął stosować tę samą taktykę (to znaczy sączkowanie) i w operacjach wycięcia żołądka wskutek wrzodu „na zimno", i na 16 leczonych w ten sposób chorych nie miał ani jednego przypadku śmierci; jedynie w 4 przypadkach powstała przetoka dwunastnicza, która, zresztą, zagoiła się samoistnie w ciągu 3 tygodni.

Przypadków przedziurawienia operował 10, z tego w 6 — pozostawiał sączki; wszyscy chorzy wyzdrowieli. Jeden z tych chorych był operowany w stanie tak ciężkim (36 godzin od chwili przedziurawienia), że zaniechano wykonania zespolenia żołądkowo-jelitowego i ograniczono sie tylko do osłonięcia gazą miejsca przedziurawienia. Chory ten nietylko przeżył to, ale nawet wyzdrowiał całkowicie, jeśli chodzi o objawy wrzodu, przynajmniej na tę parę lat, w czasie których był pod obserwacją autora. Dlatego też autor uważa za wskazane sączkować we wszystkich tych przypadkach, w których zachodzi choćby najmniejsza obawa co do solidności szwów żołądka lub dwunastnicy.

Leczenie nowotworów złośliwych pęcherza moczowego. (Traitement des tumeurs malignes de la vessie). Temat programowy XXXII Zjazdu Urologów Francuskich. A n d r é i G r a n d i n e a u.

Journ. d'Urologie XXXIV, Nr. 5, listopad 1932.

Rozpoznawanie nowotworów złośliwych pęcherza moczowego opiera się na wynikach badania wziernikiem (wzrost naciekający guza, szeroka podstawa, stwardnienia ściany pęcherza, mnogość guzów) i badania drobnowidzowego. To ostatnie pozwala w niektórych przypadkach na stwierdzenie z jednej strony braku wogóle charakteru nowotworowego cierpienia, w którem badanie kliniczne każe podejrzewać guz złośliwy, z drugiej zaś — charakter złośliwy guza, który we wzierniku wygląda jak dobrotliwy. Statystyka odnośna pokazuje, że guzy złośliwe pęcherza są znacznie częstsze od dobrotliwych i że umiejscawiają się one przeważnie w okolicy trójkąta Lieutauda i ujść moczowodów; często towarzyszy im zapalenie śluzówki pęcherza. Są to w 95% guzy nabłonkowe (raki).

L e c z e n i e c h i r u r g i c z n e n o w o t w o r ó w z ł o ś l i w y c h p ę c h e r z a. Ażeby ustrzec przed wszczepieniem nowotworu w czasie operacji, tkanki przecina się nożem elektrycznym, przed wycięciem guza naiskrza się go, (elektrokoagulacja) po wycięciu — pęcherz napełnia się alkoholem lub formolem.

I. Z w y k ł e w y c i ę c i e g u z a stosuje się w przypadkach guzów uszypułowanych, które ze względu na swoją objętość lub zbytnią mnogość nie nadają się do elektrokoagulacji we wzierniku. Wycięcie guza wykonywa się nożem elektrycznym, ubytek w śluzówce naiskrza się i następnie pozostawia się bez szycia.

II. C z ę ś c i o w e w y c i ę c i e ś c i a n y p ę c h e r z a wskazane jest w guzach naciekających i szeroko osadzonych, które przerastają całą ścianę pęcherza i są umiejscowione w górnej części pęcherza. Wycina się ścianę pęcherza w całej jej grubości, z przylegającą ewentualnie otrzewną. W razie wycięcia i ujścia jednego z moczowodów — usuwa się odnośną nerkę. Operacja częściowego wycięcia ściany pęcherza daje koło 11% śmiertelności i 54% nawrotów (pomimo stosowania naświetlań pooperacyjnych).

III. W y c i ę c i e c a ł e g o p ę c h e r z a daje bardzo dobre wyniki, ale w przypadkach wczesnych (które lekarz spotyka stosunkowo rzadko). W przypadkach późniejszych śmiertelność pooperacyjna jest duża, 50%, a wyniki bardziej odległe liche nagół. Zmniejszyć śmiertelność pooperacyjną można przez dwuczasowość zabiegu (I tempo: wszczepienie moczowodów do skóry w okolicy talerzy biodrowych).

L e c z e n i e f i z y k a l n e polega na stosowaniu elektrokoagulacji, naświetlań radowych i wstrzykiwań dożylnych względnie domięśniowych preparatów mesothorium.

E l e t r o k o a g u l a c j e (względnie naiskrzanie — które działa bardziej powierzchownie) stosuje się przeważnie operacyjnie przez cięcie pęcherza — w przypadkach guzów, niepoddających się elektrokoagulacji we wzierniku, lub zbyt dużych i licznych. Zabieg — względnie dobrotliwy, wyniki — dobre (w guzach naciekających — niezłe). Ten sam zabieg, ale zapomocą wziernikо-

wania — wykonuje się w przypadkach guzów małych i nielicznych, względnie nawrotów po jakiejkolwiek metodzie leczniczej.

Naświetlania radowe stosuje się bądźto we wzierniku, bądź też po otwarciu operacyjnem pęcherza — zwykle w połączeniu z wycięciem częściowem jego ściany lub elektrokoagulację. Widuje się po tem stany przejściowego zatrucia ogólnego, z wsysania się obumarłych tkanek, i utrzymujące się przez parę miesięcy zapalenie pęcherza (poparzenie przez rad), będące często źródłem znacznych dolegliwości. Wyniki bywają różne.

Preparaty mesothorium, stosowane dożylnie lub domięśniowo, w wielu przypadkach sprowadzają znaczną poprawę: zatrzymanie krwawień pęcherzowych, zniesienie bólów, poprawę stanu ogólnego; niektórzy chirurdzy spostrzegali po tem nawet znikanie guzów. Łączy się je zwykle z innemi zabiegami, jak elektrokoagulacja.

Na zakończenie dodać należy, że wytworzenie przetoki pęcherzowej dla opanowania bólów do celu nie prowadzi; jedynie wskazanem będzie tutaj wszczepienie moczowodów do skóry (na talerzu biodrowym).

Jaki widać z powyższego zestawienia, współczesne leczenie nowotworów złośliwych pęcherza — pomimo zastosowania całego szeregu nowych środków — nie może się poszczycić wynikami o wiele lepszemi od tych, jakie osiągano dawniej.

Leczenie złamań lędźwiowo-piersiowej części kręgosłupa metodą Lorenz-Boehler. (Présentation d'un film sur le traitement des fractures de la colonne vertébrale par la méthode de Lorenz-Boehler). Vidal-Mathieau.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 33, grudzień 1932.

W związku z przedstawieniem filmu, który demonstruje poszczególne okresy leczenia złamań kręgosłupa metodą Lorentz-Böhlera, autor omawia bliżej szczegóły powyższego leczenia. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że metodę tę stosuje się wyłącznie w złamaniach piersiowej i lędźwiowej części kręgosłupa, którym nie towarzyszą objawy porażeń nerwowych. Są to złamania bardzo częste, znacznie częstsze, niż to się nagół rozpoznaje.

Rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na dokładnych zdjęciach rentgenowskich. O istnieniu złamania dowiaduje się chory i lekarz nieraz z dużem opóźnieniem, kiedy już jest aktualne nie samo złamanie, a pourazowa choroba kręgosłupa (Kümmel-Verneuil), powstała na tle nierozpoznanego i nieleczonego w swoim czasie złamania.

Omawiane złamania cechują się często znacznem przemieszczeniem odłamów, czego nagół nie uwzględniono przy dawnycm sposobie leczenia złamania kręgosłupa (unieruchomienie bez uprzedniego nastawiania).

Dlatego też w znacznej odsetce otrzymywano wyniki niepomyślne: zniekształcenie kręgosłupa, zaniki mięśni grzbietu (m. erector trunci) i bóle neuralgiczne pochodzenia korzonkowego.

Leczenie tych złamań metodą Lorentz-Böhler składa sie z trzech aktów: zestawienia odłamów, ścisłego i nieprzerwanego unieruchomienia do chwili osiągnięcia zrostu kostnego i ćwiczeń mięśniowych.

Zestawienie odłamów odbywa się w znieczuleniu miejscowem (5—10cm³ 1% roztworu nowokainy, wstrzyknięcie do okolicy przedkręgosłupowej na poziomie złamania — jak w znieczulaniu przykręgosłupowem nerwów trzewnych). Chorego układa się na 10 — 20 minut w nadmiernem zgięciu grzbietowem, brzuchem na dół, z podparciem w okolicy brody i barków z jednej strony, w okolicy spojenia łonowego i ud — z drugiej strony. Zwykle w ciągu 10 — 15 minut linja kręgosłupa wyrównywa się, garb znika. Niema obawy co do hyperkorekcji, gdyż mocne więzadła przedkręgosłupowe i opieranie się wzajemne łuków tylnych uniemożliwia nadmierne zgięcie kręgosłupa ku tyłowi.

Następnie, bezpośrednio po uzyskaniu nastawienia, nie zmieniając pozycji chorego, nakłada się gipsowy gorset ortopedyczny (z podkładką z waty na okolicę wyrostków kolczystych i grzebieni biodrowych), w którym wycina się następowo 2 okna z przodu, z zachowaniem oparcia o mostek i spojenie łonowe. Gorset ten chory nosi conajmniej 16 — 28 tygodni.

Jak tylko gorset stężeje, chory zaczyna w nim chodzić i wykonywać codziennie ćwiczenia gimnastyczne jak zginanie i prostowanie kończyn górnych, dolnych, tułowia i noszenie na głowie przez 15 — 20 minut worka z piaskiem (5—40 kg). Powyższe ćwiczenia mają na celu nie tylko utrzymanie należytej sprawności mięśniowej, ale także jaknajszybsze pozbycie się przez chorego pozostałości „urazu psychicznego“, co ma ogromne znaczenie dla jego zupełnego powrotu do zdrowia.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Przypadek przedwczesnego przerostu płciowego w związku z glejakiem wyściółkowym okolicy suteczkowo-guzowej. (Un cas de macrogénitosomie précoce liée à un épendymogliome de la region mamillotubérale). G. Henyer, J. Lhermitte, de Martel et Mlle Cl. Vogt.

Rev. Neurol. 1931. T. II. N. 2, str. 194.

6-letni chłopiec wykazuje niezwykle silny rozwój narządów płciowych i nieproporcjonalność poszczególnych części ciała, mianowicie: powiększenie miednicy w porównaniu z tułowiem i nogami. Badanie promieniami Rentgena wykazuje obecność guza mózgu w części przyśrodkowej półkuli prawej. Klinicznie nie było objawów guza, zwłaszcza nie było tarczy zastoinowej.

Badanie anatomiczne wykazało brak zmian w szyszynce, natomiast obecność guza w okolicy lejkowo-suteczkowej i rozszerzenie komory bez zmian w jądrach tej okolicy.

Przypadek opisany nie pozwala wykluczyć dysfunkcji, bądź hyperfunkcji i przysadki. Napewno jednak przedwczesny i nadmierny rozwój płciowy nie zależy od uszkodzeń szyszynki, a zależy od zmian okolicy suteczkowo-guzowej.

Objawy nerwowe na skutek porażeń prądem elektrycznym. (Symptome neurologiques consécutifs aux électrocutions industrielles). F. Naville et G. de Morsier.

Rev. Neurol. 1932. T. I. N. 3 p. 337.

Bezpośrednio po porażeniu prądem elektrycznym czasami występują zaburzenia świadomości,

częściej po porażeniach prądem wysokiego napięcia. Prąd napięcia poniżej 1000 volt wywołuje krótkie omdlenie, do kilku minut, bez amnezji. Wysokie napięcie i oparzenia ciężkie czaszki wywołują utratę przytomności, trwającą kilka godzin, i kilkudniowe zamroczenie; często występuje amnezja, mdłości, wymioty, bóle głowy, zaburzenia psychiczne (stan maniakalny, zamroczenie lub bredzenie).

Drgawki występują rzadko. Słabe prądy łatwiej wywołują drgawki, niż prądy silne. Drgawki są zawsze krótkotrwałe.

Bezpośrednio po wypadku występują: drżenie, niedowłady, lub nawet bezwłady, obniżenie czucia, równocześnie objawy podrażnieniowe: parestezje, nerwobóle, skurcze, i przykurcze. Zaburzenia te umiejscawiają się zawsze w sąsiedztwie zadziałania prądu.

Czasami bywają skutki więcej oddalone: zaburzenia zwieraczy, połykania, porażenie przejściowe wszystkich czterech kończyn, miejscami obrzęki i zaburzenia naczynioruchowe.

Zwykle objawy wyszczególnione szybko cofają się, jednak czasami dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach, bądź przechodzą w zespoły zanikowe i zapalne rdzenia.

Prąd może wywołać głębokie oparzenia czaszki, rozległe martwice kości, opony twardej, nawet kory mózgowej. Wtedy występują zwykle objawy urazu czaszki, czasami szybko przemijające zapalenia opon mózgowych, ropnie głębokie mózgu, wreszcie rozlane stany zapalne mózgu i rdzenia, bardzo częste są zaćmy.

O ile prąd nie uszkodził głowy, to objawy mózgowe występują w wyjątkowych przypadkach. Zwykłe są porażenia obwodowe i uszkodzenia rdzenia kręgowego. Padaczka, psychozy, rozsiane stwardnienie mózgu i rdzenia nie znajdują się w bezpośrednim związku z porażeniem prądem.

Bezwład postępujący w okresie początkowym i obłąkanie naprzemienne. Rozpoznanie różniczkowe. Prawdopodobieństwo organicznego pochodzenia obłąkania. (Paralysie générale à son début et psychose intermittente à forme circulaire, Diagnostic différentiel; nature organique de cette psychose). M a g a h a e s L e m o s.

Rev. Neurol. 1932. T. I. N. 3, str. 356.

Opis kliniczny przypadku psychozy cyrkularnej, przypominającej bezwład postępujący. Jednak wynik badania płynu m.-rdz. przemawiał za podrażnieniem opon (wzmożenie ciśnienia i rozszczepienie białkowo-komórkowe) (Sicarda i Foix'a) i nie wykazywał cech charakterystycznych dla bezwładu postępującego. Następowanie okresów podniecenia po okresie przygnębienia bezpośrednio, ogromne podobieństwo poszczególnych okresów, jak również podobieństwo początku okresów: okres podniecenia rozpoczynał się zawsze besennością, okres przygnębienia — powrotem snu uparte trzymanie się tych samych zamiarów i projektów, wreszcie złośliwość chorego, cechująca jego charakter w okresie podniecenia, przemawiają za obłąkaniem naprzemiennem.

Opierając sie na danych z piśmiennictwa i wyniku badania płynu m.-rdz., można przypuszczać, że obłąkanie naprzemienne przynajmniej w niektórych przypadkach bywa pochodzenia organicznego. Zaobserwowane zmiany histologiczne przemawiają za dementia praecox, a nawet za początkowem okresem bezwładu postępującego.

Oliwy dolne, jako ośrodek napięcia mięśni przeciwciążących. (Les olives inferieures, centre du tonus musculaire des muscles antigravidiques). N a t h a l i e Z a n d.

Rev. Neurol. 1932. T. I. N. 3, str. 375.

Badania porównawcze wykazały stopniowy coraz silniejszy rozwój oliw dolnych, zaczynając od małych zwierząt, stale chodzących na czworakach, aż do człowieka, który jest dwunożny. Uderzającą jest zmiana wielkości komórek. U małych zwierząt komórki są naogół małe, liczba ich stopniowo wzrasta, później zjawiają się i wieksze komórki, wreszcie liczba zmniejsza się, natomiast rozmiary rosną.

Patologja ludzka pozwala na następujące wnioski: zgięcie głowy ku przodowi i na lewo odpowiada zwyrodnieniu części dolnej prawej oliwy wraz ze zmniejszeniem się liczby komórek w obu oliwach.

Filogeneza oliw dolnych przedstawia się w sposób następujący: ślady oliw występują już u cyclostoma, u ptaków składają się z dwóch równoległych blaszek. Struś ma słabo rozwiniętą blaszkę dolną. Niższe ssaki mają oliwę dodatkową silniej rozwiniętą, niż oliwę główną, która maximum rozwoju dosięga dopiero u człowieka. Oliwa dodatkowa i część środkowa oliwy głównej są najstarsze i należą do t. zw. paleocerebellum, który ma związek z robakiem, najstarszą częścią móżdżka. Mięśnie tułowia zależą od paleocerebellum. Paroliva mediana u foki jest silnie rozwinięta w związku z możnością utrzymania położenia pionowego. Mięśnie antigrawidarne kończyny górnej mają ośrodek w oliwie głównej, t. j. w neocerebellum.

Zapalenie mięśni z hemoglobinurją pochodzenia przeziębieniowego u konia. (La Myosite hémoglobinurique à frigore du cheval). I v a n B e r t r a n d, B l a n c h a r d, M e d y n s k i et S i m o n e n t.

Rev. Neurol. 1932. T. I. N. 5, str. 801.

Hemoglobinurja napadowa u koni jest pochodzenia mięśniowego, nie jest identyczna z hemoglobinurją przeziębieniową u człowieka, którą wiążą z łamliwością krwinek. Wybiórczo zajęty jest w całej rozciągłości mięsień lędźwiowo-udowy. Natężenie zwyrodnienia poszczególnych włókien mięsnych bywa różne. Sarkoplazma ulega całkowitemu zniszczeniu. Produkty rozpadu mięśni — myohemetyna — wydzielają się moczem, dając hemoglobinurję. W etyologji cierpienia odgrywa rolę pierwszorzędną przekarmienie, brak ruchu i wpływ przeziębienia. Patogeneza nie jest wyjaśniona. Większa zawartość związków fosforowych w mięśniu lędźwiowo-udowym niż w innych mięśniach prawdopodobnie warunkują większą uszkadzalność tego mięśnia. Zjawiska patoklizy zależą prawdopodobnie od właściwości biochemicznych poszczególnych układów.

Zapalenie poszczepienne mózgu i rdzenia kręgowego. (L'encéphalomyélite postvaccinale). F. S. van B o u w d y k B a s t i a a n.

Rev. Neurol. 1932. T. I. N. 5, str. 825.

Objawy początkowo przypominają zapalenie rogów przednich rdzenia, bądź zapalenie nagminne mózgu. W drugim okresie choroby przeważają objawy piramidowe, zwykle nie pozostawiają żadnych pozostałości, zwłaszcza nie stwierdza się nigdy porażeń wiotkich. Mikroskop wykazuje stan zapalny przeważnie istoty białej: ogniska zapalne umiejscawiają się naokoło naczyń, buja tu glej wielko- i drobnokomórkowy, włókna rdzenne tracą otoczkę. Zmiany istoty szarej są naogół o wiele dyskretniejsze: neuronofagja, tygroliza, zwyrodnienie włókien osiowych. Najwięcej cierpią komórki istoty czarnej, jądra czerwonego i jądra siateczkowate. Bardzo nikłe są zmiany zapalne opon miękkich: tu i owdzie naokoło żył nacieki limfocytowe i plazmatyczne. Bujanie komórek przydanki i komórek krwiopochodnych jest bardzo słabe. Bądź rdzeń kręgowy wcale nie bywa zajęty, bądź jest bardzo zmieniony, zwłaszcza część lędźwiowo-krzyżowa. Zdarza się zapalenie splotu barkowego, zwojów międzykręgowych, nerwów i pasem wzrokowych. Wogóle nie ma okolicy układu nerwowego, którąby była szanowana przez sprawę zapalną, jednak najbardziej zaatakowana bywa istota biała. Porównywując obraz histologiczny zapalenia mózgu poszczepiennego z innemi zapaleniami mózgu, znajdujemy duże różnice.

W różny sposób tłomaczą powstawanie zapalenia poszczepiennego: 1) przypuszczają, że szczepionka jest przyczyną zapalenia, 2) przypisują zjadliwość limfy przejściu przez królika, 3) zapalenie mózgu ma być wynikiem miejscowego odczynu allergicznego układu nerwowego, 4) wreszcie szczepienie ma ożywiać jad utajony.

Wobec tego, że od roku 1922 stale zmniejsza się liczba zapaleń nagminnych mózgu i zapaleń rogów przednich rdzenia, można oczekiwać zmniejszenia się liczby zapaleń poszczepiennych mózgu. Jak uczy doświadczenie, najmniejsze niebezpieczeństwo przedstawia szczepienie ospy w pierwszym roku życia.

Dr. med. *Zygmunt Messing.*

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Poród samoistny per vias naturale zdrowego dziecka, liczącego obecnie 3 lata, po leczeniu radem z powodu raka części pochwowej macicy. (Accouchement par les voies naturelles d'un enfant d'aspect sain, âgé actuellement de trois ans, sur venu aprés curiethérapie pour un cancer du col de l'utérus). W i c k h a m, Y.-L., H. T o u f l e t.

Bull. Soc. Obstétre. Paris t. 21, str. 258, 1932.

W r. 1927 z powodu raka części pochwowej, na granicy operacyjności będącego, założono po 18 milgr. radu do kanału szyjki i poprzed część pochwową na 3 dni (dawka całkowita 520 milgr.-godzin). Po roku pacjentka zgłosiła się do kontroli, przyczem stwierdzono 7-mies. ciążę; część pochwowa normalna. Poród o czasie trwający 15 godzin, dziecka żywego i zdrowego.

Obecnie dziecko ma 3 lata i nie wykazuje żadnych odchyleń od normy: chodzi, mówi tak jak mówią dzieci w tym wieku, jest żywego charakteru. Matka nadal zdrowa, bez oznak nawrotu.

Ciąża śródmiąższowa. (Grossesse interstitielle). L a p e y r e J. L.

Gynéc. Obstétr. T. XXVI, N. 6, 1932.

Na zasadzie dwu przypadków ciąży śródmiąższowej a także po przejrzeniu piśmiennictwa autor omawia powyższe schorzenie z punktu widzenia klinicznego.

Częstość omawianego stanu wynosi około 2% obliczona w stosunku do ogólnej liczby przypadków ciąży pozamacicznej w jej wszystkich odmianach.

Wśród licznych prób klasyfikacji postaci anatomicznych ciąży śródmiąższowej najbardziej godną polecenia jest klasyfikacja Beckmanna. Odróżnia on odmiany: tubo-interstitialis, tubo-uterina, interstitialis vera ostatnia z odmian, może być jeszcze canalicularis, jeśli ciąża rozwija się w świetle kanału śródmiąższowego, i — intramuralis, jeśli usadowiła się w samym mięśniu.

Nie wypowiadając się w sprawie etiologji ciąży śródmiąższowej autor przechodzi do właściwości jaja płodowego pod względem anatomicznym. Brak doczesnej prawdziwej nie jest pewnym objawem różniącym ciążę śródmiąższową od wśród macicznej, gdyż decidualizacja tkanek otaczających jaje płodowe jest zawsze możliwa. Warstwa włóknika oddziela zwykle kosmki od podłoża, czy-

wista nie na całej przestrzeni, a co zatem idzie wchodzą one do warstwy mięśniowej.

Rozpoznanie makroskopowe na zasadzie oglądania macicy w czasie operacji nie daje pewnych wyników ale brać powinno pod uwagę następujące cechy macicy: objaw Ruge-Simon'a, polegający na pionowym wydęciu dna po jednej lub drugiej stronie, co powoduje asymetrję przydatków, przyczem najczęściej jajowód wychodzi z końca guza, wyżej od więzadła obłego; to ostatnie przyczepione jest w zasadzie nazewnątrz guza i w dolnej jego części, wtedy kiedy w ciąży w rogu przyczep więzadła obłego znajduje się też na zewnątrz, ale w górze guza: jasną jest rzeczą, że w ciąży w cieśni omawiane więzadło wychodzi na wewnątrz od guza. Oczywista przyczep więzadła obłego jest po stronie chorej bardziej oddalony od przyczepu jajowodu, niż po stronie zdrowej.

Pęknięcie ciąży śródmiąższowej połączone jest zazwyczaj z gwałtownym krwotokiem do niedawna uważanym zreguły za śmiertelny.

Rozpoznanie jednak omawianego stanu nie jest łatwe, opierać się ono winno na następujących objawach: lekkie bóle i plamienie, a badanie wykazuje guz obok lub na macicy; jeśli to nie jest boczne przemieszczenie macicy (odprowadzić), i nie znajduje się od tyłu (ciąża trąbkowa) to przypuścić należy albo ciążę w rogu macicy albo śródmiąższową: w celu zróżniczkowania wywołujemy skurcz mięśni macicy, jeśli guz zniknie w ogólnym zarysie macicy to mamy do czynienia z ciążą w rogu, jeśli zaś pozostanie on nadal miękki to myśleć należy o ciąży śródmiąższowej.

Szczególnie trudne zadanie czeka nas w przypadkach macicy dwurożnej, gdzie róg ciężarny imituje znakomicie ciążę śródmiąższową.

Leczenie polegać winno na zabiegu operacyjnym, przyczem najbezpieczniej jest wykonać odcięcie nadpochwowe macicy, jednak w dążeniu do uratowania płodności kobiety probują usuwać tylko róg ciężarny, pozostawiając resztę macicy; obawiać się tu należy trudnego do opanowania krwawienia, to też polecenia godnem jest podwiązanie jednostronne tętnicy macicznej, co technicznie ułatwione jest przez odcięcie po tejże stronie przydatków. Obawa przed zakażeniem pola operacyjnego z powodu otwarcia macicy jamy jest w znacznej mierze przesadzona.

W wyjątkowych przypadkach, gdzie chodzi o uratowanie jajowodu po tej samej stronie co ciąża, naprzykład przy chorej trąbce po drugiej stronie, można wszczepić jajowód do macicy po usunięciu samego guza z części śródmiąższowej.

Ostateczny wybór tej czy innej metody zależeć będzie oczywista od indywidualnych warunków przypadku.

Chlorek cynku w leczeniu zakażeń połogowych, ran ropiejących i przetok po sączkowaniu brzucha, nie wykazujących skłonności do gojenia się. (Le chlorure de zinc dans les infections puerpérales, les plaies purulentes et les drainages abdominaux, qui ont tendance a la fistulation). Théodoridès D.

Gynéc. Obstétr. T. XXVI, N. 6. 1932.

Chlorek cynku posiada 3 ważne w lecznictwie własności biochemiczne: 1) powoduje on koagulację tkanek schorzałych, 2) działa bakterjobójczo i 3) zamyka wrota dla zakażenia, prowadzące do krwiobiegu. Dzięki pierwszym dwum wspomnianym własnościom chlorek cynku balsamuje niejako tkankę chorą. Niezmiernie ważną funkcję wspomnianą w punkcie trzecim wykonywa omawiany lek również dzięki zdolności koagulowania tkanek powierzchownych. Zamknięcie drobnych naczyń ma jedne jeszcze ważne znaczenie: mianowicie zincum chloratum jest zupełnie bezpieczny, gdyż nie może przedostać się do krwioobiegu sam sobie zamykając drogę. Jedną jeszcze ważną właściwość posiada chlorek cynku: czyni on tkanki mocno hygroskopijnemi, dzięki czemu wciągają one płyn i wydzielinę z najbliższych warstw sąsiednich. Wynika stąd działanie odwrotne do zwykle obserwowanego naprz. przy zakażeniu połogowem macicy: zamiast propagacji od zakażonego wnętrza do ściany macicy ruch odbywa się odwrotnie ku jej jamie.

Schorzałe zakażone tkanki stają się pod wpływem chlorku cynku bardzo kruche i łatwo mogą być wydalone czy zapomocą irrygacji wewnątrz macicznej, czy zapomocą ostrożnego łagodnego wyłyżeczkowania naprz. łyżeczką irygującą Sims'a.

Autor radzi stosować 2% rozczyn, rozpuszczając 40 gr. chemicznie czystego zincum chloratum w 2 litrach wody. W zakażeniu połogowem autor radzi stosować przepłukiwania macicy jak tylko wystąpi pierwsze wzniesienie ciepłoty, nie czekając na zdecydowane objawy zakażenia. Wieloletnie doświadczenie autora potwierdza dobre działanie omawianego leku.

Stosowanie 10 — 20% rozczynu chlorku sodu w przypadkach zatrzymania gazów i moczu po operacjach ginekologicznych. (Emploi d'une solution chlorurée a 10 — 20% en cas de retention des gaz et de l'urine chez les opérée par laparatomie). Koukolew J. W.

Gynéc. Obstétr. T. XXVI, N. 6. 1932.

U 23 operowanych zastosowano po laparotomiach ginekologicznych wstrzykiwanie 10 — 20% rozczynu soli kuchennej w celu pobudzenia do oddawania gazów i moczu. Dawka przeciętna wynosiła 10 cm^3. W większości przypadków już po 15 — 60 min. stwierdzono odejście gazów i moczu. Injekcje omawiane stosowano przeważnie po 24 godzinach po operacji.

Nadmienić należy, że w związku z powyższem leczeniem chore odczuwały znaczną poprawę samopoczucia, występowała nawet lekka euforja, objawy te mijały już po 10 — 12 godz., ale czynność jelit i pęcherza utrzymywała się nadal zupełnie prawidłowo.

Zaledwie w 3 przypadkach omawiane postępowanie lecznicze zawiodło, jak się zdaje w zupełności.

Ponadto w jednym przypadku wystąpił lekki shock po injekcji 10 cm^3 — 20% rozczynu.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Nagła ślepota w następstwie leczenia acetylarsanem. (Amaurose subite à la suite d'injections d'acétylarsan). Loustei Bernard Griffiths.

Bulletin de la Société Franç. de Derm. et de Syphiligr. Nr. 7. 1932.

U 57-letniej kobiety, chorej na zapalenie ne-

rek, u której odczyn na Wassermana w krwi okazał się dodatnim rozpoczęto domięśniowe zastrzyki acetylarsanu. Pierwszy zastrzyk chora zniosła dobrze, po drugim gorączkowała do 38°; po trzecim nastąpił wstrząs i podniesienie ciepłoty do 39,6° — a w 3 dni potem rumieniowa osutka na całem ciele, którą rozpoznano jako pochodzenia lekowego. Około 6 tygodni później zastrzyknięto znowu acetylarsan, po którym ciepłota podniosła się do 40,4°, wystąpiły kloniczne drgawki, utrzymujące się przez 12 godzin. W 6 godzin po ustąpieniu drgawek — swędząca krótkotrwała osutka pokrzywkowa; w 36 godzin po zastrzyku chora odczuwała kłucie w oczach; w 48 godzin nastąpiła całkowita ślepota.

W powyższym przypadku, u chorej wykazującej wyraźną nietolerancję na acetylarsan; z pomiędzy licznych objawów drgawki klonicznie należy odnieść na karb toksycznego działania leku; osutka rumieniowa przypomina biotropizm występujący 9-go dnia. Co do ślepoty — to istniejący poprzednio w historji choroby objaw Argil-Robertsona i iritis jak również nagłe wystąpienie ślepoty — pozwalają na przypuszczenie, że w tym przypadku pod wpływem leczenia arsenowego nastąpiło uczynnienie ogniska (reaktywacja), ślepota była pochodzenia nerwowego. Choroba nerek usposabiała, zdaniem Sézary'ego, do neuritis optica u tej chorej.

Wąglik. (Pustule maligne). G. M i l i a n.

Revue franç. de Dermatol et de Vénéréol. Nr. 9—10, 1932.

U kobiety 41-letniej, zajmującej się szewctwem wystąpiło w krótkim czasie owrzodzenie owalne na szyi, na podstawie zgrubiałej nacieczonej, prawie guzowatej, gładkie, barwy surowego mięśnia, wielkości 6 na 3 cm., przypominające pierwotny wykwit kiłowy. Jedynie na brzegu owrzodzenia kilka pęcherzyków nasuwało na myśl obecność wąglika, co potwierdzało także istnienie rozlanego obrzęku na sąsiadującej części klatki piersiowej. Ku tyłowi na karku istniał wylew krwawy podskórny. Brak było jakichkolwiek objawów ogólnych, potwierdzających przypuszczenie autora, natomiast płyn surowiczy pobrany z pęcherzyków, wstrzyknięty podskórnie śwince morskiej, spowodował jej zejście w 48 godzin, a w śledzionie świnki znaleziono laseczniki wąglika i uzyskano z nich hodowlę. Był to więc przypadek wąglika, przebiegający bardzo dobrotliwie. Wykwit prawie bez leczenia zagoił się w ciągu 10-ciu dni. Schorzenie było jedynie lokalne, gdyż histologicznie nie znaleziono laseczników w naczyniach krwionośnych.

Érysipeloïde. G. M i l i a n.

Revue Franç. de Dermatol. et de Vénéréol. Nr. 9—10, 1932.

U 23-letniego czeladnika masarskiego w 8 dni po zdarciu naskórka pod obrączką noszoną na lewej ręce — wystąpił na tejże ręce rumień, obejmujący ⅔ części palca uszkodzonego całą dłoniową i grzebietową stronę ręki i częściowo palec piąty i przedramię. Rumień był barwy czerwonej „jak rak", ostro odgraniczony, nieznacznie wyniosły, powodował niewielkie swędzenie i szybko przybrał odcień nieco sinawy. Objawów ogólnych nie było żadnych. Wykwit ten odznaczał się znaczną odpornością na leczenie, gdyż pomimo leczenia miejscowego stale prawie bez zmiany utrzymywał się w tym samem miejscu. Dopiero po tygodniu, — po zastosowaniu maści collargolowej — ustąpił. Pomimo ujemnych badań bakterjologicznych — autor rozpoznał obecność zakaźnego rumienia, wywołanego pewną odmianą bakterji, znajdujących się w świńskim mięsie. Róże wykluczono ze względu na brak objawów ogólnych i obraz kliniczny typowy dla erysipeloidu.

Dr. Zofja Jastrzębska.

KRONIKA

KOMUNIKAT SEKCJI LEKARZY-ANALITYKÓW ZWIĄZKU LEKARZY P. P. W WARSZAWIE.

Analityka lekarska w obecnej chwili przeżywa okres krytyczny. Powstał cały szereg pracowni lekarskich, które są prowadzone przez nie lekarzy. Korzystając z luk ustawy, obowiązującej w byłej Kongresówce od 1889 r., powołując się na różne kursy i kilkumiesięczną praktykę, ludzie ci otwierają lekarskie pracownie analityczne i prowadzą je samodzielnie. Nie będąc lekarzami, nie są skrępowani ani wymaganiami etyki lekarskiej, ani zachowaniem tajemnicy zawodowej, ani przepisami o reklamie. W pogoni za zarobkiem nie cofają się czasami przed krzykliwemi ogłoszenia i licytacją opłat za analizy. Doszło do tego, że w ostatnich czasach pojawiły się ogłoszenia, reklamujące badania moczu za cenę jednego złotego, a nawet kilkudziesięciu groszy. Jasne, że cena ta nie pokrywa nawet kosztu odczynników, które do należytego zbadania powinny być użyte, nie trudno więc się domyśleć, jaką wartość takie badania przedstawiają.

Źle zrobiona analiza jest gorsza niż żadna, bo suggerując lekarza-klinicystę, może go sprowadzić na drogę mylnego rozpoznania i mylnego leczenia.

Często się słyszy, że z pośród nielekarzy, najwięcej powołani do wykonywania analiz lekarskich są ludzie obeznani z chemją. Jako motyw takiego twierdzenia jest podawany rzekomy fakt, że próby chemiczne zajmują dominujące miejsce w analityce lekarskiej. Rozumowanie to jest błędne, gdyż nie przyjmuje pod uwagę tego, że większość badań lekarskich opiera się na serologji, mikroskopji i bakterjologji. Każdemu z nas wiadomo, że chemja nie ma zastosowania w badaniach nalotów, plwocin, ropy, wydzielin, jak również w odczynach zlepnych, próbach Wassermana, badaniu morfologji krwi, posiewach bakterjologicznych i t. d. Szereg prób biologicznych wykonywa się na zwierzętach laboratoryjnych, gdzie o wyniku badania decyduje obserwacja choroby zwierzęcia i sekcyjny obraz zmian anatomo-patologicznych.

Twierdzenie więc, że chemik lub farmaceuta

może kierować lekarską pracownią analityczną, jest tak samo niesłuszne, jak to, że fizyk lub matematyk mógłby prowadzić zakład rentgenologiczny, ponieważ w zakres rentgenologiji wchodzi dużo wiadomości z nauki o świetle i elektryczności.

Szybki rozwój analityki lekarskiej w ostatnich latach stwarza coraz to nowe metody badań, nieraz opartych na mało jeszcze wyjaśnionych procesach fizjo. i patologicznych. Wymagają one od lekarza analityka stałego śledzenia postępów serologji i bakterjologji, jak również i bliskiej współpracy z kliniką. Klinicyści często się zwracają do analityków radząc się, czy to w kwestji djagnozy, czy też w sprawach z zakresu wakcyno i seroterapji. Współpraca analityka z klinicystą z roku na rok staje się coraz ściślejszą i dzisiaj już nie do pomyślenia jest oddział kliniczny nie mający możności korzystania z lekarskiej pracowni analitycznej. Do tego należy dodać, że pobieranie materjału do badań wymaga znajomości anatomji, patologji, ścisłego zachowania warunków aseptyki i umiejętności udzielania pomocy pacjentowi w razie potrzeby.

Czy i w tym względzie lekarzy-analityków mogą zastąpić chemicy lub przyrodnicy?

Wydziały lekarskie wszystkich uniwersytetów polskich w odpowiedzi na odezwę Lwowskiego Oddziału Związku Lekarzy P. P. ogłosiły w 1930 r. komunikaty, w których kategorycznie stwierdzają, że kierownikami pracowni analiz lekarskich mogą być tylko lekarze (Nowiny Społeczno Lekarskie NN. 12 i 15. 1930 r.). Takie same stanowisko zajęły w tej sprawie Izby Lekarskie wraz z Naczelną.

Czas więc najwyższy jasno uświadomić sobie, że analityka lekarska jest dzisiaj taką samą specjalnością lekarską, jak każda inna i nie należy stwarzać jakiegoś „felczeryzmu analitycznego" wówczas gdy go się usuwa z kliniki.

Niedawno powstała Sekcja Lekarzy-Analityków w pełni świadomości o szkodliwych skutkach, wynikających z obecnego stanu rzeczy dla medycyny polskiej, dołoży wszelkich starań o unormowanie tej sprawy w drodze ustawodawczej.

Zanim to jednak nastąpi, w imię dobra chorych i w imię dobra naszej pracy lekarskiej, Sekcja zwraca się do ogółu Kolegów o współdziałanie w obronie przed takim stanem rzeczy.

Żądajcie analiz wykonywanych tylko w pracowniach, prowadzonych przez lekarzy specjalistów.

Wszystkie pisma lekarskie w Polsce prosimy o przedrukowanie tego komunikatu.

Sekcja Lekarzy-Analityków Związku Lekarzy P. P. w Warszawie.

* * *

PROF. DR. W. ORŁOWSKI: CHOROBY SERCA I NACZYŃ.

Dowiadujemy się, że prof. dr. Witold Orłowski, pragnąc uczynić zadość naglącej potrzebie, przystąpił do druku podręcznika „Choroby serca i naczyń krążenia".

Jest to tom I-szy podręcznika „Szczegółowa patologja i terapja chorób wewnętrznych".

„Choroby serca i naczyń krążenia" zawierać będą 400 stronic dużego formatu z rentgenogramami, 23 rycinami i 22 elektrokardjogramami.

By udostępnić książkę ogółowi lekarzy, cena w przedpłacie została ustalona na 22 zł. 50 gr. (poza obrębem Warszawy do tego dochodzi porto pocztowe).

Po ukazaniu się książki cena będzie znacznie podwyższona.

Warunki przedpłaty: przy omówieniu — 10 zł. (na konto czekowe Nr. 41.538 w Warszawie. Prof Witold Orłowski, w marcu — 6 zł. 25 gr., reszta należności — przy odbiorze książki.

Książka ukaże się w kwietniu b. r.

Zamówienia na warunkach przedpłaty będą uwzględniane zgłoszone tylko do dn. 10-go marca b. r. Należy je zgłaszać według adresu: Warszawa, Al. Jerozolimskie Nr. 17 m. 3, Prof. dr. Witold Orłowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.

OD REDAKCJI.

KONKURS
„WIEDZY LEKARSKIEJ"

Zgodnie z warunkami ogłoszonego w roku zeszłym konkursu „Wiedzy Lekarskiej" podajemy obecnie opinję Sądu Konkursowego.

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z dość skąpo nadesłanemi pracami stwierdził naogół mierny poziom prac wobec czego postanowił: pierwszej nagrody żadnej z nich nieudzielać, natomiast przyznać autorom 3 prac najbardziej się wyróżniających trzy równe nagrody po zł. 350; w ten sposób nagrody uzyskują:

350 zł. Autor pracy p. t. „Badania porównawcze nad wartością różnych metod diafanoskopji w cierpieniach zatoki szczękowej". Godło: OR.

350 zł. Autor pracy p. t. „Więź ustrojowa i hormony jajnikowe a podatność organizmu na gruźlicę". Godło: Salus aegrorum medico suprema lex esto.

350 zł. Autor pracy p. t. „Organoterapja w schorzeniach postępujących angiopatji ischemizujących i zacieśniających". Godło: Z pogranicza.

Po otwarciu kopert z godłami okazało się, że nagrody otrzymują:

P. Docent Dr. Tadeusz Wąsowski, Wilno, Jagiellońska 6. Godło OR.

P. Dr. med. Zdzisław Skibiński, Zakopane. Godło Salus etc.

P. Dr. med. Stanisław Higier, Warszawa, Godło Z pogranicza.

Nagrodzeni autorzy proszeni są o porozumienie się osobiście lub piśmiennie z Administracją pisma celem podjęcia nagród.

Prace nienagrodzone i niezakwalifikowane do druku są do odebrania w Administracji.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy w związku z konkursem.

Jednocześnie ogłaszamy następny, piąty z rzędu, Konkurs Wiedzy Lekarskiej, prosząc jednocześnie p. p. Autorów o zwrócenie uwagi, że uzyskanie I nagrody jest możliwe tylko, jeżeli poziom pracy istotnie jest wysoki.

WARUNKI KONKURSU.

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy“, z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy“. Na konkurs mają być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w trzech egzemplarzach do Administracji „Wiedzy“, najpóźniej do dnia 31 grudnia 1933 r. Razem z pracą nadesłać należy kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertą, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1934 „Wiedzy“. Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy“, w ciągu roku 1934.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi 1000 zł., oprócz tego ustanawia się trzy nagrody dodatkowe jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł.

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody głównej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagrody wymienionej na mniejsze części, to samo dotyczy innych nagród.

OD REDAKCJI.

W roku bieżącym z powodów oszczędnościowych po raz pierwszy niedołączono „Skorowidza“ za rok 1932. Wobec liczniejszych zapytań ze strony Czytelników zawiadamiamy, że Skorowidz będzie dołączony do jednego z najbliższych numerów.